

ADRIANA LIMA DE MELO

Distribuição de recursos federais em saúde: uma análise sobre a relação entre o financiamento da atenção básica e condições de saúde em Santa Catarina.

Trabalho de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas

**Florianópolis
2003**

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES.....	4
RESUMO.....	8
ABSTRACT	9
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	13
3. JUSTIFICATIVA	14
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
4.1. O CONCEITO DE EQÜIDADE EM SAÚDE Justiça Social e o Direito à Saúde	15
4.2. ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL E EQUIDADE EM SAÚDE..... A desigualdade presente na distribuição das doenças	18
4.3. OS SISTEMAS DE SAÚDE E SEUS MODELOS DE FINANCIAMENTO..... Financiando a Atenção à Saúde	19
4.4. GASTO NACIONAL EM SAÚDE (GNS) A desigualdade presente no continente americano	20
4.5. O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL A Desigualdade Social e o Sistema Público de Saúde	23
4.6. O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO NO BRASIL A Constituição de 1988 e as diretrizes da descentralização no SUS <i>Sobre o conceito de Atenção Básica em Saúde</i>	26
4.7. FINANCIAMENTO E EQÜIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS A desigualdade presente na alocação de recursos financeiros federais do SUS	31
4.8. ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO SOBRE EQÜIDADE EM SAÚDE Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde	36
4.9. DESIGUALDADES PRESENTES NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DO SUS Recursos humanos, utilização e acesso aos serviços de saúde	38

4.10. INDICADORES SOCIAIS	41
O desafio de mensurar a desigualdade social	
5. MÉTODOLOGIA.....	45
5.1. POPULAÇÃO/DESENHO DO ESTUDO.....	45
5.2. HIPÓTESES OU PERGUNTA DE PESQUISA.....	45
5.3. TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	45
5.4. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	46
5.5. COLETA DE DADOS/VARIÁVEIS SELECIONADAS.....	47
5.6. LIMITAÇÕES	48
6. RESULTADOS.....	49
6.1 - DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS.	49
6.2 - DADOS DE MORTALIDADE.....	52
6.3 - RECURSOS FÍSICOS PARA A SAÚDE.....	59
6.4 - PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	62
6.5 - RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE.....	64
6.6 - RECURSOS FINANCEIROS PARA O SUS EM SANTA CATARINA.....	66
6.7 - SOBRE O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO EM SANTA CATARINA.....	69
7. DISCUSSÃO.....	72
8. CONCLUSÕES.....	77
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

TABELA 1: Gasto Nacional em Saúde (GNS) por região, per capita, percentual do PIB e gasto público como % do total, 1994.....	22
TABELA 2: Gasto privado em saúde como porcentagem do Gasto Nacional em Saúde (GNS), alguns países da América Latina e Caribe, 1997-1998.....	23
TABELA 3: Indicadores de Saúde e Socio-econômicos, alguns países da América Latina, 1999.....	24
TABELA 4: Variação regional dos indicadores de saúde e socioeconômicos, Brasil, 1999.....	24
TABELA 5: Gastos Federais em Saúde em 1998, 1999 e 2000 e estimativa para o período 2001/2004 com a aplicação da EC 29 – em bilhões.....	33
TABELA 6: Percentuais mínimos de vinculação de recursos financeiros do SUS para Estados e Municípios, segundo a EC 29.....	33
TABELA 7: Indicadores de evolução da Descentralização ao SUS – Normas Operacionais Básicas de 1993 a 1996.....	34
TABELA 8: Recursos federais do SUS para a Atenção Básica, per capita em reais, segundo região do Brasil, 2001.....	35
TABELA 9: Recursos federais do SUS, per capita em R\$, segundo Estado brasileiro, 2001.....	36
TABELA 10: Produto Interno Bruto per capita do Brasil por grandes regiões, Unidades da Federação e Estado de Santa Catarina, 2000.....	49
TABELA 11: Indicadores Demográficos para o Brasil, Região Sul e Estado de Santa Catarina, IDB 2000 - ano de referência 1999.....	49
TABELA 12: População residente por faixa etária e sexo, Santa Catarina, 2003.....	50
FIGURA 1: Pirâmide etária, Estado de Santa Catarina, 2003.....	50
TABELA 13: Índice de Envelhecimento/Número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens por ano, segundo Região e UF.....	51
TABELA 14: População servida com rede de abastecimento de água, coberta com esgoto sanitário e coberta com coleta de lixo, segundo Região e Estado de Santa Catarina, Brasil, 2000.....	52

TABELA 15: Proporção de óbitos em menores de um ano (%) e Índice de Swaroop e Uemura Região, Santa Catarina e Brasil, 1999.....	54
TABELA 16: Proporção de óbitos (%) segundo Faixa Etária, Santa Catarina, 1999.....	54
TABELA 17: Mortalidade proporcional por grupo de causas (CID 10) e sexo, para o Estado de Santa Catarina, 2002.....	55
TABELA 18: Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas para o Estado de Santa Catarina, período de 1996 a 2002.....	56
TABELA 19: Taxa de incidência de AIDS (por 100.000 habitantes) segundo Região, Brasil, 2000.....	56
TABELA 20: Taxa de Suicídios segundo Região (óbitos por 100.000 habitantes), Brasil, 2000.....	57
TABELA 21: Coeficiente de Mortalidade por grupo de causas evitáveis para o Estado de Santa Catarina, período de 1996 a 2002.....	57
TABELA 22: Indicadores de Mortalidade Infantil e seus componentes para o Brasil, Região Sul e Estado de Santa Catarina – IDB 2000 (Ano de Referência – 1998).....	58
FIGURA 2: Composição da Mortalidade Infantil no Estado de Santa Catarina (%) para o período 1996 a 2002.....	58
TABELA 23: Condições de nascimento para o Estado de Santa Catarina, ano de 2002.....	58
FIGURA 3: Evolução das condições de nascimento no Estado de Santa Catarina, período 1998-2002.....	59
TABELA 24: Indicadores de recursos, Brasil, Região Sul e Santa Catarina, 1999.....	60
TABELA 25: Leitos hospitalares/1.000 habitantes, segundo Região, Santa Catarina, Brasil, 1999.....	60
TABELA 26: Leitos hospitalares (por 1.000 habitantes) por tipo para o Estado de Santa Catarina, 2003.....	61
TABELA 27: Número de hospitais do Estado de Santa Catarina segundo natureza do prestador, 2003.....	61

TABELA 28: Número e proporção de Unidades por tipo de Unidade para o Estado de Santa Catarina, 2003.....	62
TABELA 29: Número de consultas médicas (SUS) por habitante, segundo Região, 2000.....	63
TABELA 30: Cobertura Vacinal para o Brasil, Região Sul e Estado de Santa Catarina, em %, 1999.....	63
TABELA 31: Pessoal de nível superior ocupado nos estabelecimentos de saúde em relação ao número total de pessoal (%) para o Brasil, Região Sul e Estado de Santa Catarina, 1999.....	65
TABELA 32: Trabalhadores da saúde de nível superior em números absolutos e por 1.000 habitantes para o Brasil, Região Sul e Estado de Santa Catarina, 1999.....	65
TABELA 33: Profissionais de nível superior registrados nos conselhos federais segundo categoria profissional, para o Brasil, Região Sul e Estado de Santa Catarina (por 1.000 habitantes), 2000.....	65
TABELA 34: Recursos Federais do SUS, segundo tipo de despesa transferidos ao Estado de Santa Catarina, ano 2001.....	67
TABELA 35: Transferências efetuadas para atenção básica, por competência para o Brasil, ano 2001.....	68
TABELA 36: Transferências efetuadas para atenção básica, por competência para a Região Sul, ano 2001.....	68
TABELA 37: Recursos Federais do SUS para atenção básica transferidos para o Estado de Santa Catarina, ano 2001.....	69
TABELA 38: Análise de regressão linear múltipla de fatores associados à distribuição de recursos federais do SUS transferidos para a atenção básica dos municípios do Estado de Santa Catarina, 2001.....	72
TABELA 39: Análise de regressão linear múltipla de fatores associados à distribuição de recursos federais do SUS transferidos para a atenção básica dos municípios do Estado de Santa Catarina, 2001.....	73
TABELA 40: Análise de regressão linear múltipla de fatores associados à distribuição de recursos federais do SUS transferidos para a atenção básica dos municípios do Estado de Santa Catarina, 2001.....	74

TABELA 41: Análise de regressão linear múltipla de fatores associados à distribuição de recursos federais do SUS transferidos para a atenção básica dos municípios do Estado de Santa Catarina, 2001.....	75
---	----

RESUMO

Objetivo. Este trabalho buscou identificar os recursos repassados pela esfera federal para a atenção básica em saúde no ano de 2001 e relacioná-los com a situação de saúde nos municípios de Santa Catarina no ano de 2000.

Método. Foram coletados e padronizados dados secundários, obtidos de fontes públicas de divulgação - DATASUS, IBGE, ONU e SES-SC. A partir deste conjunto de informações, foi analisada, mediante regressão múltipla, a associação entre os recursos federais para a atenção básica em saúde nos municípios e o tamanho da população, a oferta de serviços de saúde pela rede ambulatorial existente; o índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) e o total de recursos repassados para os municípios pelo nível federal.

Resultados. Os recursos federais repassados para a atenção básica no ano de 2001 foram associados principalmente com o recurso financeiro total do SUS repassado aos municípios, número de centros de saúde, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (com relação direta) e número de consultórios médicos (com relação inversa), existentes no ano anterior.

Conclusões. Os recursos federais do SUS para atenção básica em saúde atenderam em grande parte ao conceito de distribuição igualitária, pois cerca de 80% do total foi definido pelo tamanho da população. Mas, as condições de saúde dos municípios não tiveram relação com os repasses federais. O IDH tem relação pequena, mas positiva com os repasses para atenção básica em saúde, mostrando que municípios com melhores condições conseguem mais recursos para saúde.

Palavras-chave. Avaliação de serviços de saúde, financiamento em saúde, Brasil.

ABSTRACT

Objective. This study describe the health situation in municipalities in the state of Santa Catarina, Brazil, in 2000, and investigate how that correlated with federal health spending for primary care in 2001.

Methods. Multiple regression analysis was used to investigate the association between federal health care resources for primary care and the municipality's population (number of inhabitants); supply of health services; Human Development Indicator by Municipalities (HDI-M) and total federal health care spending in 2001.

Results. The multiple regression analysis showed an association between health spending for primary care per inhabitant in 2001 to: total federal health care resources; number of Health Center's; Human Development Indicator by Municipalities and number of medical clinic's (negative association).

Conclusion. The most part of federal health care resources for primary health in the state of Santa Catarina had a equality distribution to municipalities in the year 2001, 80% was define by number of inhabitants (population). The health situation in municipalities was not correlated with federal health spending. Municipalities with a better health service structure received more federal care resources for primary care in 2001.

Key-words. Health services, health care resources, Brazil.

INTRODUÇÃO

Como saber se um sistema de saúde tem o melhor desempenho possível? O que determina que seja equitativo? De que modo a forma de financiamento poderia interferir nos resultados esperados das ações dos sistemas de saúde, nos indicadores de saúde da população?

Certamente, estas questões, levantadas por diversos autores (OMS, 2000; VIANNA, 2001), interessam a toda a sociedade.

Em vários países do mundo, o desempenho dos mais variados sistemas de saúde nos mostra que não apenas o ingresso de recursos, mas a forma de conceber, gerir e financiar os sistemas de saúde repercutem no perfil de saúde da população (OMS, 2000).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “as diferenças entre a eficiência dos vários sistemas de saúde podem ser medidas em função dos níveis de mortalidade, discapacidades¹, empobrecimento, humilhação e desesperança associados” (OMS, 2000).

O objetivo maior de um sistema de saúde é, sem dúvida, melhorar a saúde da população; entretanto, constitui uma das metas do sistema de saúde, reduzir as desigualdades (OMS, 2000; RODRIGUEZ, 2002).

Diversas metodologias vêm sendo aplicadas visando obter quadros comparáveis no tempo e entre sistemas de saúde no mundo e mesmo entre os estados de um país sobre os gastos em saúde. As metodologias mais utilizadas são a das Contas Nacionais da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), a das Contas-Satélite aplicada principalmente pela França; e a das Contas Saúde adaptada pela Universidade de Harvard (SILVA, 2002).

No Brasil, o processo de redemocratização no país, após duas décadas de ditadura militar, foi marcado na saúde pela Reforma Sanitária e culminou com a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar dos avanços ligados ao fortalecimento da capacidade de gestão e à incorporação de novos atores na construção do sistema, alguns desafios persistem, como melhorar a divisão de responsabilidades entre a esfera estadual e municipal, a definição de critérios para a alocação recursos.

Especificamente no que se refere à alocação de recursos, diversos esforços vêm sendo empreendidos pelo Ministério da Saúde no sentido de melhorar a coleta e classificação dos gastos em saúde a fim de instrumentalizar os gestores no processo decisório de elaboração de políticas públicas; tendo sido escolhida

¹ Segundo a OMS, a discapacidade deve ser entendida como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (enfermidades, transtornos, lesões, traumas) e os fatores contextuais que podem funcionar tanto como facilitadores quanto barreiras físicas ou sociais; não se classifica as pessoas, mas descreve-se a situação de cada pessoa com problema no domínio da saúde.

pelo governo federal a metodologia de Contas Saúde da OCDE que segue a estrutura do Sistema de Contas Nacionais.

As teses prevalentes na literatura sobre financiamento à saúde no país, se sustentam sobre a idéia de que persiste a concentração das transferências de recursos federais nas áreas mais ricas do país, o que acentuaria as desigualdades existentes, ao invés de minorá-las (PASTRANA e CUNHA, 2002; MÉDICI, 2002; HEIMANN, 2002).

Segundo VIANNA (2001), a política alocativa do Ministério da Saúde, não alcançou, ainda, a ênfase necessária para tornar o sistema público mais eqüitativo embora pareça existir uma tendência neste sentido. “Um valor per capita federal único para subsidiar as instâncias subnacionais não é, necessariamente, eqüitativo dada às notórias diferenças na capacidade de Estados e Municípios para auto-financiar os serviços de saúde sob sua responsabilidade” (VIANNA, 2001).

Algumas políticas seguem uma linha igualitária, como o Piso de Atenção Básica (PAB). Outras, como o Reforsus (componente de adequação física e tecnológica), seguem orientação eqüitativa subsidiando os investimentos nos Estados mediante per capita diferenciados.

Os termos igualdade e eqüidade não são sinônimos. O princípio igualitário que orienta a distribuição dos recursos do PAB se dá a partir de um valor per capita semelhante para cada um dos cerca de cinco mil municípios brasileiros.

A eqüidade, um dos princípios da ética, é alcançada quando os recursos são distribuídos de acordo com as necessidades. Ou seja, mais recursos são disponibilizados para as populações que necessitem de mais serviços por apresentarem maiores desvantagens sociais ou de saúde.

No conjunto, o financiamento federal ainda sofre influência da oferta, fazendo com que se privilegie estados com maior capacidade instalada e recursos humanos (VIANNA, 2001; FREITAS/ KUPEK, 2001; PASTRANA, 2002).

Para MARQUES & MENDES (2002), “em um país onde os municípios são caracterizados por enorme heterogeneidade de tamanho e renda, os repasses federais cumprem papel fundamental na busca da eqüidade do gasto em saúde”, em especial na Atenção Básica.

A importância estratégica da Atenção Básica pode ser percebida quando verificamos o expressivo aumento no valor dos repasses efetuados a este nível de atenção: entre 1998 e 2000, os repasses efetuados à Atenção Básica cresceram 77%, passando de R\$ 1,8 bilhão (15,7% do total dos recursos federais do SUS) para R\$ 3,2 bilhões (24,6%) (MARQUES & MENDES, 2002).

A eqüidade é reconhecida como um dos princípios da doutrina que conforma o sistema público de saúde brasileiro - SUS, ainda que não explicitado na legislação.

No Brasil, recentes estudos mostram que persistem as desigualdades em saúde tanto geográficas como de renda; essas desigualdades variam conforme a

dimensão ou o indicador utilizado; embora exista uma tendência de redução das desigualdades sob alguns aspectos (VIANNA, 2001).

Reduzir desigualdades em saúde mediante políticas setoriais, mesmo na vigência de enormes desníveis sociais e econômicos, como no caso brasileiro, têm sido colocado como mais um desafio no processo de construção do SUS.

Este estudo tratou da equidade em saúde, buscando contribuir para a discussão sobre o monitoramento dos efeitos distributivos de políticas públicas, neste caso, os efeitos distributivos dos recursos federais disponibilizados para a Atenção Básica em Saúde no Estado de Santa Catarina pelo Sistema Único de Saúde – SUS, no ano de 2001.

No campo do conhecimento, a pesquisa partiu da sistematização de modelos epidemiológicos, de avaliação das condições de vida e saúde, bem como da discussão do conceito de equidade, tendo como orientação a idéia de que a busca da equidade em saúde deveria partir do reconhecimento das desigualdades, especificamente das desigualdades em saúde.

OBJETIVOS

Analisar a relação entre os gastos em saúde efetuados pela esfera federal no ano de 2001, com alguns indicadores de saúde e sócio-econômicos (2000) nos municípios do Estado de Santa Catarina.

Objetivos específicos

- Identificar os gastos federais em saúde para o Estado de Santa Catarina, definindo o componente da atenção básica.
- Relacionar os gastos federais em saúde nos municípios de Santa Catarina com alguns indicadores de mortalidade, oferta de serviços de saúde e sócio-econômicos

JUSTIFICATIVA

Com a implantação da NOAS/2001, foram introduzidos mecanismos de financiamento per capita, ao mesmo tempo em que fontes suplementares de financiamento para programas específicos passaram a ser disponibilizados. Esta nova regulamentação de financiamento para o SUS poderia não ser capaz de reduzir as diferenças de financiamento para os municípios, a possível consequência é que municípios com mais problemas de saúde tenham perpetuado este estado por menor recebimento de recursos.

Uma análise anterior e recente identificou maiores gastos em saúde, oriundos da esfera federal, com municípios que apresentavam melhor estrutura de serviços de saúde, melhores indicadores de saúde e nível sócio-econômico (FREITAS, KUPEK, 2001) confirmando a tese de que persistem, no país, dificuldades na alocação de recursos financeiros de maneira eqüitativa.

A Lei 8080/1990 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde; em seu artigo 7º descreve os princípios e diretrizes que devem orientar as ações e serviços de saúde integram o Sistema Único de Saúde (SUS). A utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática constitui um destes princípios.

A análise das desigualdades em saúde, em suas diferentes dimensões além da geográfica, poderia facilitar a definição de prioridades setoriais, o que melhoraria o planejamento e a avaliação dos programas, tanto por parte dos gestores do SUS, mas, igualmente, para os mecanismos de participação social como os Conselhos e as Conferências de Saúde.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1. O CONCEITO DE EQUIDADE EM SAÚDE

Justiça Social e o Direito à Saúde

Para a OMS, “equidade em atenção à saúde implica em receber atenção, segundo suas necessidades” (OMS, 1998 apud VIANNA, 2001).

O objetivo da equidade é um dos objetivos fundamentais e clássicos das políticas governamentais na maioria dos países (RODRIGUEZ, 2002 ;OMS, 2000).

Na terminologia utilizada por AMARTYA SEN, prêmio Nobel de economia, sobre a equidade, “la finalidad ha de se igualar determinadas capacidades básicas, para que los individuos puedan desarrollar sus planes de vida” (SEN, 2002).

Para SEN, o injusto é que nem todos os indivíduos tenham a mesma oportunidade de alcançar seu potencial de saúde por falta de normas e acordos sociais adequados que lhes proporcionem esta oportunidade.

Sob esta ótica, a equidade em saúde torna-se uma disciplina bastante ampla, sendo uma de suas facetas o próprio sistema de saúde.

É preciso destacar que o conceito de equidade trata também de uma questão de direito. A fim de determinar esse direito, os juízos sobre o que é justo ou injusto teriam que ser independentes dos interesses daqueles indivíduos que os formulam; dessa forma, os princípios e regras que resultassem se refeririam a aquilo que as pessoas deveriam ter por direito, sem importar o custo (FELIPE, 1998).

Da tradição que remonta aos gregos, herdamos o interesse filosófico pela construção de uma teoria de justiça.

PLATÃO dedica seu livro *A República* ao estudo e análise de um modelo de justiça para a sociedade. Dependendo da função e da importância social dos bens produzidos no desempenho dessa função, o cidadão da República de Platão terá uma posição garantida na distribuição da totalidade dos bens produzidos pela cidade.

ARISTÓTELES destina o *Livro V da Ética a Nicômaco* para avaliar o senso comum de justiça e acrescentar a exigência da reflexão em torno do conceito de equidade, a fim de aperfeiçoar os juízos necessários no momento de decidirmos pela justeza ou não de uma ação.

JOHN RAWLS, filósofo norteamericano, propõe em sua Teoria de Justiça um modelo para orientar e reorganizar as instituições políticas, econômicas e sociais a fim de transformá-las em práticas garantidoras e preservadoras da justiça (in FELIPE, 1998). Para RAWLS, se as mesmas são ordenadas segundo os *princípios de justiça* – 1) igual liberdade mais ampla possível a todos; 2) desigual distribuição da liberdade só se for necessário para favorecer o avanço na qualidade de vida daqueles que se encontram menos favorecidos – a estrutura básica da sociedade é justa. Portanto, o princípio da equidade ou o princípio da diferença deve reger os outros dois, o da liberdade e o da

igualdade, a fim de garantir que a distribuição das liberdades possíveis numa dada sociedade seja justa para cada cidadão.

No caso da atenção à saúde, este direito é precedido de um princípio básico superior: a igualdade de direitos moralmente justificada de todos os indivíduos. Sendo todos os indivíduos moralmente iguais, todos teriam direito que sejam respeitadas suas vidas e tudo que lhes faz necessário para preservá-la, entre elas, a saúde.

Diversas disciplinas discorrem sobre o conceito de equidade, como a filosofia, a sociologia, a economia.

O princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes.

Para HEIMANN et al (2002), a equidade busca a justiça social orientada por um conjunto de políticas voltadas a reduzir as injustiças, rumo à igualdade social; constituindo o chamado “tratamento desigual dos desiguais”.

Para PEREIRA (1995), equidade é “a distribuição justa de determinado atributo populacional; sendo um dos objetivos mais importantes a ser seguido pelos sistemas de saúde modernos” (apud SILVA MGC, 1999).

Equidade é um “princípio normativo da economia da saúde que equivale à retidão ou sentido de justiça natural e cujo objetivo, no âmbito sanitário, é a provisão igualitária de serviços para toda a população”. (SILVA MGC, 1999).

A economia também se ocupa dos temas que se referem à distribuição e justiça, ou seja, responder a pergunta: a quem beneficiam ou para quem se produzem os bens em uma sociedade?

No âmbito da saúde, o conceito de equidade consistiria na igualdade das capacidades básicas e poderia ser traduzido como “o direito de cada indivíduo a alcançar seu pleno potencial de saúde” (RODRIGUEZ, 2002). O que nos levaria, entre outras coisas, a que o acesso aos serviços de saúde deveria realizar-se também em condições de igualdade.

Para que os indivíduos possam ter igual acesso aos serviços de saúde, este deverá ser independente de características como idade, raça, localização geográfica, e a renda ou disposição de pagar por estes serviços (RODRIGUEZ, 2002; OMS, 2000).

Neste sentido, para RODRIGUEZ (2002), a separação entre a capacidade de pagar e o acesso aos serviços de saúde é, de fato, a principal característica que distingue os sistemas de saúde público e privado.

Nos sistemas privados a resposta à pergunta *quem recebe a atenção médica* vem do mercado, que discrimina em função da disposição em pagar, influenciada diretamente pela capacidade de pagar.

Em oposição aos sistemas privados, os sistemas de saúde públicos se caracterizam por utilizar outro tipo de critérios, baseados na idéia da necessidade, mediante a qual a sociedade se organiza a fim de decidir quem deve receber os serviços de saúde disponíveis.

Por outro lado, se faz necessário citar corrente muito difundida na atualidade, que afirma que nem todas as desigualdades em saúde podem ser qualificadas de iniquidades. Segundo esta definição, são iniquidades “as

desigualdades que são evitáveis, desnecessárias e injustas” (MARGARET WHITEHEAD y GORAN DAHLGREN, 1991 apud RODRIGUEZ, 2002).

RAWS (1995) desenvolve um critério para caracterizar a “desigualdade justa” inerente a equidade: “o tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carente”.

No mesmo sentido, CASTELLANOS (1997) considera desigualdades em saúde que constituem iniquidades, as desigualdades redutíveis, isto é, desnecessárias, vinculadas às condições heterogêneas de vida.

Para DALLARI (1995), analisando a atribuição de competência em matéria sanitária, a Constituição federal não isentou qualquer esfera de poder político da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde. Desse modo, a saúde – “dever do estado” (art. 196) – é responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios. (DALLARI, 1995).

Segundo DALLARI, ao examinarmos o conteúdo das Constituições estaduais, revelamos a importância primordial da garantia dos direitos sociais. Ainda que continue presente a influência formal da Constituição Federal, pode-se afirmar a autenticidade desse privilégio.

A saúde é expressamente nominada como um direito elementar e natural do ser humano, que deve ser reconhecido e respeitado já no preâmbulo da Constituição de alguns Estados, em algumas outras é elencada no rol das finalidades do estado ou de seus princípios fundamentais.

No caso do Estado de Santa Catarina, seguindo a tradição de copiar o modelo federal, em sua Seção II da Saúde da Constituição Estadual, repete em seu artigo 153, o preceito “A saúde e direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Buscando definir o conceito de “direito à saúde”, encontramos nos princípios fundamentais (CONSTITUIÇÃO ESTADUAL DE SANTA CATARINA, art. 153, II):

“O direito à saúde implica os seguintes princípios fundamentais:

I — trabalho digno, educação, alimentação, saneamento, moradia, meio ambiente saudável, transporte e lazer;

II — informação sobre o risco de doença e morte, bem como a promoção e recuperação da saúde”.

Constituindo-se em uma visão abrangente da questão, reconhece que a saúde não é uma simples resultante do ato de ‘estar ou não doente’, mas sim uma resposta complexa às condições gerais de vida a que as diferentes populações estão expostas; atenta para a necessidade da garantia da informação/educação em saúde e abre espaço para o entendimento de que todos teriam o direito a tudo que lhe é necessário para a preservação de sua saúde, paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social.

Esclarece, ainda, a necessidade de planejamento da política sanitária em seu art. 155 inciso 1º e integra o Sistema Único de Saúde, organizando-se com as seguintes diretrizes:

“I — descentralização política, administrativa e financeira com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral com prioridade para as ações preventivas e coletivas, adequadas a realidade epidemiológica, sem prejuízo das assistenciais e individuais;

III — universalização da assistência de igual qualidade dos serviços de saúde a população urbana e rural;

VI - participação da comunidade”.

Neste momento parte do reconhecimento de que as desigualdades em saúde (colocadas como “realidade epidemiológica”) devam orientar ações prioritariamente “coletivas e de caráter preventivo” a fim de garantir a universalização da assistência e o atendimento integral às necessidades em saúde da população do Estado.

Portanto, embora, não explicita o conceito da equidade em seu texto, a CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA em sua Seção II da Saúde, nos fornece elementos para revelá-lo a partir de seus princípios fundamentais e suas diretrizes.

Desse modo, a busca da equidade em saúde deveria realizar-se através de ações concretas de caráter preventivo, curativo, de recuperação e promoção à saúde, visando o atendimento das necessidades identificadas através do reconhecimento dos problemas individuais e coletivos de saúde da população.

4.2. ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL E EQUIDADE EM SAÚDE

A Desigualdade presente na distribuição das doenças

As características demográficas e socioeconômicas de uma população são fatores determinantes de sua condição de vida (OPS, 2000).

As desigualdades em saúde refletem as desigualdades sociais historicamente construídas, e que se concretizam na deficiência do acesso aos serviços de saúde (e outros), bem como na resposta inadequada dos serviços e ações de saúde aos problemas enfrentados (HEIMANN et al, 2002).

Estudos demonstram que as taxas de mortalidade tendem a aumentar na medida em que as condições sociais pioram (OMS, 2000).

Há evidências de que tendem a adoecer mais precocemente as populações menos privilegiadas.

Sabe-se, também, que existe uma forte correlação entre renda per capita e indicadores de saúde (VICTORA et al, 1992); aonde, o aumento da renda per capita tende a ser acompanhado pela melhoria destes indicadores até determinado valor; pois este impacto tende a ser maior nas populações mais pobres (KAWACHI, 2000) e também relacionada com o grau de educação formal, etnia, gênero (OPS, 2000).

GIANINI (2002) analisando a equidade e a descentralização do SUS nos dá outro exemplo: a mortalidade infantil na população que ganha mais que 1 salário mínimo e dispõe de saneamento básico situou-se em 25,5 por mil nascidos vivos, e 86,4 por mil na população que ganha menos que 1 salário mínimo e sem saneamento básico, no ano 2000.

4.3. OS SISTEMAS DE SAÚDE E SEUS MODELOS DE FINANCIAMENTO

Financiando a Atenção à Saúde

Como uma forma de capital social, os serviços de saúde devem constituir a resposta às necessidades de saúde de uma sociedade ou comunidade, sejam elas individuais ou coletivas.

A OMS recomenda a seus Estados-membros que despendam, pelo menos, 5% de seus PNB ou PIB com o setor saúde (OMS, 1981).

Para a OMS, o fator determinante mais importante no que diz respeito ao financiamento de um sistema de saúde, é o desembolso direto pelo usuário para custear seu acesso ao sistema; o que traria grande repercussão na equidade e, também na eficiência do sistema (OMS, 2000).

De fato, as modificações no financiamento do setor saúde tem se constituído peça fundamental nos processos de reforma do setor nas Américas, na atualidade (MOLINA, 2000).

Segundo MÉDICI (1994), a forma pela qual se estrutura a atenção estatal às políticas de saúde depende do modelo de financiamento adotado.

Quatro modelos de financiamento da saúde podem ser identificados, segundo MÉDICI: assistencialista, previdencialista, universalista unificado e universalista diversificado (MÉDICI, 1994).

No modelo assistencialista, tanto as classes médias e altas, como os trabalhadores formais deveriam buscar no mercado soluções para o financiamento de seus programas de saúde, sendo a ação governamental, comumente baseada em medidas preventivas e atenção primária, voltada a atender as camadas de mais baixa renda.

O chamado modelo previdencialista caracteriza-se por apresentar-se como um modelo de atenção não universal, aonde somente grupos especiais como de trabalhadores formais têm suas necessidades em saúde financiadas, geralmente a partir de contribuições sociais das empresas e dos trabalhadores.

Modelos universalistas, ou sistemas nacionais de saúde são voltados a cobrir toda a população. Constituem-se em modelos unificados quando se baseiam em uma única estratégia de financiamento, as fontes de recursos geram um fundo de saúde que deverá financiar todas as ações do setor.

Modelos universalistas diversificados são os que possuem mais de uma estratégia de financiamento dos serviços de saúde, podendo estar referenciados a modelos diversificados de cobertura (para baixa renda, sistema de atenção à saúde gratuitos; para trabalhadores formais, sistemas baseados na contribuição sobre a folha de salários; para as camadas de alta renda, sistemas baseados em

desembolso direto de recursos). Podemos incluir nesta abordagem, a proposta do Banco Mundial para os países subdesenvolvidos, segundo a qual o Estado deveria financiar apenas um pacote mínimo de ações de saúde, uma “cesta básica”.

Esta classificação não difere, em grande parte, daquela colocada pela OMS, para quem os serviços de saúde podem organizar-se de três maneiras, fundamentalmente diferentes: como burocracias hierárquicas; por meio de acordos contratuais de longo prazo sujeitos a certo grau de controle independente do mercado; e como interações diretas e de curto prazo baseadas no mercado entre os pacientes e os provedores de serviços (OMS, 2000).

O Brasil é um exemplo, assim como outros países da América Latina e Caribe, de coexistência de sistemas, constituindo-se misto: tendo o SUS, pautado por um princípio universalista com estratégia única de financiamento, por um lado; e os seguro-saúde por outro, de caráter estritamente liberal.

O SUS enquadraria-se como um modelo de sistema de saúde universalista unificado, segundo os critérios adotados por MÉDICI (1994) para a classificação dos sistemas de saúde.

4.4.GASTO NACIONAL EM SAÚDE (GNS)

A desigualdade presente no continente americano

O gasto mundial em saúde passou de 3% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial, em 1948 a 7,9% em 1997 (OMS, 2000).

Em sua publicação “Economia Aplicada a la Sanidad” (OMS in SILVA MGC, 1999), resultado de um seminário sobre economia aplicada à saúde em 1973, a OMS coloca os fatores que determinam a tendência dos custos em saúde: “causas demográficas, necessidade de pessoal nos serviços de saúde, qualidade dos serviços de saúde, exigências dos cidadãos, mudanças do quadro epidemiológico como consequência do desenvolvimento econômico, organização e estrutura do sistema de atenção sanitária e extensão da cobertura”.

Para MÉDICI (1994) as principais causas listadas como fatores de elevação dos custos do setor saúde são: extensão horizontal e vertical de cobertura; envelhecimento da estrutura etária da população; transformações nas estruturas de morbimortalidade (substituição das doenças infecto-contagiosas pelas crônico-degenerativas); mudanças no campo da tecnologia médica; fatores sócio-econômicos e culturais; e estruturas securitárias.

Tradicionalmente, o gasto em saúde dos governos nacionais e das Instituições públicas de seguridade social se tem conhecido graças a informações coletadas através dos Sistemas de Contas Nacionais das Nações Unidas e Fundo Monetário Internacional e Organização Internacional do Trabalho (OMS, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPS), contando com o apoio dos países envolvidos e a cooperação do Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento e da Agência dos Estados Unidos para o desenvolvimento Internacional da OPS/OMS e da Universidade de Harvard, iniciaram um processo de estimativa do Gasto Nacional

em Saúde (GNS), suas fontes (públicas e privadas) bem como a destinação destes recursos (serviços e insumos) e grupos sociais beneficiados.

A OMS/OPS consideram o conhecimento do GNS e seu financiamento essenciais para a tomada de decisões a cerca da destinação de recursos e avaliações a cerca da equidade e eficiência com que são destinados estes recursos (OPS, 1999; OMS, 2000).

Por razões diferentes, tanto em países desenvolvidos como em outros com menor grau de desenvolvimento, existem desequilíbrios na alocação dos recursos disponíveis.

Molina (2000), analisando o GNS da América, estimou que, nos anos 90, Estados Unidos e Canadá, somados, representavam 91% do gasto na região das Américas, sendo os Estados Unidos responsáveis por 86% deste gasto.

O GNS per capita para a região das Américas em 1997-1998, situou-se em US\$392, entretanto, nas Ilhas Caiman eram três vezes superior à média regional, e no Haiti, representava apenas 6,1% daquela média.

O autor destaca, ainda, que oito países da região destinaram menos de US\$100 per capita anuais à saúde (Haiti, Guyana, Honduras, Bolívia, Nicarágua, Equador, Guatemala, Suriname).

O Brasil encontrava-se próximo a média regional, destinando US\$ 417 per capita por ano.

Segundo a OPS (1999), a proporção do GNS em relação ao PIB pode indicar o grau de prioridade que a sociedade confere à atenção à saúde de sua população, apesar do resultado final depender do destino dos recursos e da qualidade da destinação dos recursos e do gasto em termos de equidade, efetividade e eficiência.

O GNS médio regional como proporção ao PIB foi 7,7% ao final da década de 90, entretanto 15 países da região não alcançavam 5 % do PIB (Granada, Trindad y Tobago, Santa Lucia, Ilhas Virgens Britânicas, Guiana, México, Ilhas Caiman, Antilhas Holandesas, Equador, Bahamas, Belize, Uruguai, Peru, Anguila, Bolívia). O Brasil gastou neste período, 8,7% do PIB (1997-98).

O GNS (1994) per capita nas Américas era, em termos absolutos, mais elevado que em outras regiões do mundo, como Ásia e África, sendo este gasto muito próximo ao dos países industrializados. (TABELA 1).

TABELA 1: Gasto Nacional em Saúde (GNS) por região, per capita, percentual do PIB e gasto público como % do total, 1994.

Regiões	Per capita ^a	Gasto público como	
		% PIB ^b	% do total
Países industrializados ^c	1.777	8,3	76
Países não industrializados:			
América Latina e Caribe	367	6,1	42 ^d
Europa e Ásia Central	346	4,1	72
Ásia Oriental e Pacífico	158	7,2	52
África do Norte e Oriente Médio	353	5,2	50
Sudeste Asiático	65	3,7	39
África Subsahariana	111	4,0	54

Fonte: citado em Schieber G, Maeda ^a Health care financing and delivery in developing countries. Health Aff 1999;

a Em dólares com ajuste cambial do poder aquisitivo

b PIB: Produto Interno Bruto

c Países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) com exceção da Hungria, México e Turquia.

d Estimativa do programa de políticas públicas da OPS/OMS.

Segundo a OPS (1999), há uma limitada participação do setor público no GNS na região da América Latina e Caribe, ao contrário do que se passa em outras regiões do mundo, o que provavelmente impõe barreiras adicionais ao acesso aos serviços de saúde.

PAGANINI (1998), estudando a utilização dos serviços de saúde por parte da população em programas específicos, estimou em 40 a 60 milhões a população da América Latina e Caribe sem cobertura quando avaliou o acesso para vacina anti-poliomielite; e 137 e 111 milhões quando avaliou o acesso a atenção de pré-natal e parto, respectivamente, para a mesma região.

Na região a composição do financiamento é heterogênea, 13 países contam com uma participação majoritária do gasto privado em saúde, inclusive o Brasil, 67% do GNS. Nos demais 23 países predomina o gasto exercido através de instituições públicas prestadoras de serviços. (TABELA 2).

Segundo a OMS, em seu Informe sobre a Saúde no Mundo 2000, o Brasil é o 189º colocado no ranking relativo a equidade da contribuição financeira nos sistemas de saúde com um índice de 0,623; à frente, apenas, de Myanmar e Serra Leoa.

TABELA 2: Gasto privado em saúde como porcentagem do Gasto Nacional em Saúde (GNS), alguns países da América Latina e Caribe, 1997-1998.

Países	Gasto privado como % do GNS total
Guyana	24
Costa Rica	25
Bolívia	30
Barbados	34
Bahamas	41
Ilhas Caiman	44
Colômbia	45
México	49
Peru	50
Chile	52
Argentina	58
Haiti	62
El Salvador	64
Paraguai	65
Uruguai	66
Brasil	67
Venezuela	70
Guatemala	74
República Dominicana	75
MÉDIA REGIONAL	58

Fonte: Molina et al.
Gasto e
financiamento em
saúde. Situação e
Tendências. Ver
Panam Salud
Publica/Pan Am J
Public Helth 8(1/2),
2000.

4.5. O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL

A Desigualdade Social e o Sistema Público de Saúde

O Brasil é um país classificado pelo IBGE como de renda média, com população de 168 milhões em 1999 e um PIB per capita de 4.350 dólares em 1999 (IBGE). Oitenta e um por cento da população reside em áreas urbanas; a taxa de crescimento demográfico vem caindo rapidamente, atingindo cerca de 1,4% nos últimos anos (contra 2,8 % na década de 70), num processo de transição

demográfico bastante rápido. Entretanto, os indicadores sociais e de saúde mostram uma situação desfavorável quando comparada com outros países da América Latina (quadro 1).

Tabela 3: Indicadores de Saúde e Sócio-econômicos, alguns países da América Latina, 1999.

Indicador	Brasil	Argentina	Chile	México
PIB per capita (US\$)	4.350	7.550	4.630	4.440
Mortalidade Infantil(/1000)	33	19	10	30
Expectativa de vida (anos)	67,5	73,2	75,2	72,4
Desenvolvimento Humano	0,750	0,842	0,825	0,790
Médicos por 100.000 hab	127	268	110	186

Fonte: Banco Mundial (2000) e PNUD (2000).

In: Couttolenc BF, 2002

No que se refere ao desenvolvimento econômico, o PIB brasileiro cresceu em torno de 0,60% ao ano, entre 1990 e 1998 (contra 6% na década de 70 e 0,96% na década de 80); e, em quase todo o período, as taxas de juros foram sistematicamente superiores às taxas de inflação e de crescimento (CARTA CAPITAL, 5/ fev/2003).

O Brasil também apresenta grandes disparidades regionais nos indicadores de saúde e indicadores socio-econômicos em geral (quadro 2).

Tabela 4: Variação regional dos indicadores de saúde e socioeconômicos, Brasil, 1999

Indicador	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste
População (em milhões)	11.850	45.925	69.174	24.223	11.048
PIB per capita (US\$)	4,932	2,136	6,824	5,168	5,018
Mortalidade Infantil (1998)	35,2	57,9	24,8	22,4	25,1
Expectativa de vida	67,4	64,4	68,8	70,2	68,5
Analfabetismo % 1996	20,8	28,7	8,7	8,9	11,6
Acesso urbano água potável %	69,9	88,4	96,1	95,0	85,3
Acesso urbano esgoto sanit. %	52,9	50,9	89,9	77,4	46,7
Acesso urbano coleta lixo %	79,5	82,3	96,9	97,5	95,8

Fonte: IBGE, IPEA/PNUD(2000)

In: Coutollenc BF, 2002

A pobreza definida pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) como a disponibilidade de renda familiar per capita inferior a ½salário mínimo, ou R\$ 65,00 por mês, varia de 10% em São Paulo a 64% no Maranhão, sendo a Razão entre os valores extremos de 6,5; atingindo 29% da população brasileira segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar de 1998(PNAD 98). De acordo com o critério adotado pelo Banco Mundial (2

dólares/dia), a pobreza atingiria 43% da população; representando 46% da população no Nordeste e 43% no Norte, sendo menor nas regiões Centro-Oeste (25%), Sudeste (23%) e Sul (20%) (COUTTOLENC, 2002). Sendo necessária uma redução de 21,4% na taxa de pobreza na região Norte e 83% na região Nordeste para que estas regiões pudessem atingir a média nacional.

A esperança de vida, indicador global da condição de saúde de uma população, varia na população masculina brasileira de 59 anos em Alagoas à 67 anos no Rio Grande do Sul (1997), sendo a vida média do brasileiro de 64 anos.

A vida média feminina no Brasil é de 72 anos, variando entre 65 e 75 anos também em Alagoas e Rio Grande do Sul (1997).

Entre 1990 e 1997 a taxa de mortalidade infantil no Brasil teve uma redução de 27%, alcançando 36 óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos; mantendo, entretanto, diferenças significativas entre os Estados.

Em 1990, a taxa de mortalidade infantil no Estado de Alagoas era 4,1 vezes maior que a do Rio Grande do Sul. Em 1997, a diferença caiu para 3,7 vezes.

Os indicadores relacionados com saúde e condições de vida, como escolaridade e renda, tiveram, evolução favorável na década de 90.

A proporção da população com menos de quatro anos de escolaridade é alta em todas as unidades da federação, embora seja grande a variação entre elas. Na década de 90 essa proporção caiu 16,1% no Brasil. As piores situações são observadas no Piauí, Maranhão e Alagoas, e as melhores no Rio Grande do Sul, Distrito Federal e São Paulo.

O relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) relativo ao ano de 2000 (com dados até 1998) situa o Brasil no chamado bloco dos países com “desenvolvimento humano médio”, com um índice de 0,747.

O primeiro colocado no ranking, Canadá, tem um índice de 0,935.

Colocado em 58^o na questão renda per capita, o Brasil está, no IDH, 16 posições abaixo do posto que ocupa em renda por habitante.

Segundo o relatório do PNUD, esta situação demonstra que “o país não foi muito bem-sucedido em traduzir prosperidade econômica em vida melhor para seu povo” (PNUD,2000).

A proteção social em saúde no Brasil é composta de dois subsistemas totalmente separados: o Sistema Único de Saúde (SUS) - público, e o setor privado.

O SUS oferece cobertura universal e gratuita para uma série de serviços de saúde, financiados por recursos públicos, seguindo preceitos constitucionais. Embora subsista oficialmente esquemas voltados para populações específicas.

No setor privado, cinco modelos são identificados: planos de saúde privados tradicionais (ou Medicinas de Grupo); Cooperativas Médicas; os Seguros-saúde; os planos próprios de empresas(públicas e privadas) e subsiste, ainda, o sistema de pagamento direto.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar de 1998 (PNAD 98), a cobertura do setor privado vêm crescendo, era de 29 milhões (1989) e passou a ser de cerca de 39 milhões de pessoas (1998), 24,2% da população, sendo que 71,3% corresponde a planos privados (empresas e famílias) e 28,7% a instituições de previdência de servidores públicos.

COUTTOLENC (2002), analisando os dados da PNAD 98 referente à cobertura dos planos de saúde privados escreve: “ os principais fatores de desigualdade na cobertura por planos de saúde são a renda per capita, a área geográfica de residência e a situação de trabalho. As pessoas de baixa renda, residentes em áreas rurais e ocupadas em trabalho informal, são as mais desfavorecidas”.

4.6. O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO NO BRASIL

A Constituição de 1988 e as diretrizes da descentralização no SUS

A Constituição Brasileira de 1988 incorporou o direito à saúde como direito constitucional, universal, de cidadania; criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu seus princípios: descentralização, democratização, integralidade; sendo um sistema público de saúde, misto na produção de serviços (integração da área pública com a atuação privada não lucrativa e lucrativa). Este modelo de reforma do Estado inspirou-se na experiência internacional vitoriosa no campo da saúde em outros países, como no Canadá, Inglaterra e Itália.

Os pressupostos básicos do Sistema Único de Saúde são descritos na Constituição de 1988 como uma parte do capítulo da seguridade social. A Lei 8.080, que dispõe sobre a promoção da saúde e organização dos serviços, e a Lei 8.142, que define a participação da comunidade e regula as transferências intergovernamentais, dão contornos mais nítidos às orientações constitucionais.

A fórmula *Saúde – direito de todos, dever do Estado*, consagrada como princípio constitucional em 1988, é a síntese de uma política social universalista, trazendo à tona o debate sobre o acesso universal ao cuidado à saúde, não como uma concessão, mas como um direito, o que resultou na formação de um vasto movimento legal e gerencial a fim de tornar possível a oferta desses serviços.

Embora não explicitado na Constituição, ou na sua regulamentação (Leis no. 8080/90 e no. 8142/90), o conceito de equidade tem sido reafirmado como um dos princípios e diretrizes do SUS em diversos documentos.

Diversas portarias ministeriais regulamentaram o SUS, especialmente as que originaram as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996, e mais recentemente, a NOAS-SUS de 2001, que são orientações específicas e pactuadas para reorganizar o modelo de gestão, alocar recursos, promover a integração entre as três esferas de governo e promover a transferência para estados e municípios das responsabilidades do SUS.

Através da Norma Operacional Básica – SUS/1991 (NOB-91), o Ministério da Saúde criou a figura do município e Estado “habilitados à municipalização” e estipulou os incentivos financeiros aos que cumprissem os pontos considerados fundamentais para a implantação do SUS, através do Fator de Estímulo à Municipalização (FEM) que são repasses do Governo Federal aos municípios. A norma cria, também, os Conselhos estaduais e municipais de Saúde.

Em seguimento às resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria 545, de 20 de maio de 1993, originando a Norma Operacional Básica - SUS 01/93 (NOB-93).

Pela NOB-93, o SUS tem a sua execução descentralizada por níveis de gestão, iniciando pela incipiente, seguida pela parcial e culminando com a semiplena. A progressão decorre do comprometimento de Estados e Municípios

com a organização da atenção à saúde, com sua adequação a parâmetros de programação refletindo em maior autonomia local para dispor de recursos.

Com a NOB-93, foi criado o Fator de Apoio ao Estado (FAE), que são repasses do Governo Federal aos Estados e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

Até 1997, cerca de 144 municípios aderiram à gestão semiplena; apesar de representar uma pequena amostra (cerca de 3%) do número dos municípios brasileiros, consumiam 24% dos recursos federais destinados à assistência no país. Em vários Estados, este percentual excedeu 40%. Isto porque, em sua maioria, são municípios de médio e grande porte, concentrando grande parte da referência estadual nos serviços de saúde de alta complexidade e custo (OLIVEIRA JÚNIOR, 2002).

A NOB-96, publicada em fins de 1996, busca dividir a responsabilidade entre estados e municípios, integrar os sistemas municipais, organizar o sistema e definir os critérios de alocação de recursos; concentra os níveis de gestão a apenas dois para os municípios: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal. Nos dois casos existem pré-requisitos para que os municípios possam pedir adesão: na primeira situação o município passa a receber integralmente os recursos destinados à atenção básica e tem autonomia para aplicá-los; no segundo caso, a autonomia é estendida ao conjunto da assistência que envolve também procedimentos de média e alta complexidade e hospitalar. Para os Estados, são definidos dois níveis: gestão avançada e gestão plena do sistema estadual.

A NOB-96 ampliou a transferência financeira fundo a fundo da União para os Estados e Municípios, possibilitando a implantação, em 1998, do Piso Assistencial Básico – PAB, “um valor per capita que somado às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios, deverá financiar a atenção básica da saúde” (BRASIL, 1998^a:30); acrescido de uma parte variável destinada ao incentivo, inicialmente, das seguintes intervenções: Ações básicas de Vigilância Sanitária, PACS/PSF e Programa de Combate às Carências Nutricionais. Além disso, inicia uma mudança na forma de avaliação das ações descentralizadas na área de saúde, valorizando mais os resultados e menos o número de procedimentos realizados.

A NOB-96 reforça o comando único do setor em nível local, amplia os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo a remuneração contra a prestação de serviços e ampliando as transferências (fundo a fundo) com base na programação do uso dos recursos; introduz mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação do SUS, valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho de qualidade; e o vínculo dos serviços com seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários e criando condições para uma maior participação e controle social.

A descentralização dos recursos, que passam a ser manejados por uma grande parte de municípios, pelo mecanismo fundo (federal) a fundo (municipal), constitui uma grande modificação interna às contas do Ministério.

As NOB's de 1993 e 1996 instituíram uma política específica para a atenção básica ao definirem uma série de processos automáticos de descentralização de recursos que favoreciam programas considerados

estratégicos para o desenvolvimento de um novo modelo de assistência proposto pelo Ministério da Saúde.

A implementação do PAB, definido pela NOB de 01/96, busca efetivar este novo modelo assistencial pelo deslocamento da atenção médico-hospitalar para a atenção básica, pela meta de diminuição das internações e pela criação de programas substitutivos ou complementares de natureza ambulatorial e intersetorial (MELAMED ET AL, 2002; MENDES & MARQUES, 2002)

As atividades desenvolvidas pelos novos programas do PAB definem problemas focais que são condições, deficiências ou carências para os quais as intervenções do PAB e incentivos variáveis estão direcionados (NOB 01/96).

Nesse sentido, tais atividades parecem também definir um novo modelo de proteção social, tendo em vista a crescente adoção de ações orientadas a grupos de risco ou populações alvo (MELAMED et al, 2002).

Depois da implantação do PAB, o Ministério da Saúde estabeleceu as orientações para a organização da atenção básica, através da Portaria no. 3.925/GM de 13 de novembro de 1998 (BRASIL, 1998^a). Neste documento, reafirma-se os princípios e diretrizes do SUS, tais como: saúde como direito; integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento; participação popular (PAIM, 1999). Neste documento, ainda, o Ministério da Saúde explicita as responsabilidades dos municípios, as ações, resultados esperados bem como orientações sobre o repasse, aplicação e mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos financeiros que compõem o PAB.

Finalmente, apresenta um conjunto de indicadores para o acompanhamento da atenção básica nos municípios habilitados de acordo com a NOB/96.

Para MELAMED ET AL (2002), a partir de 1998 ocorrem as principais transformações, em termos da legislação em vigor, evidenciadas no interior das contas do Ministério da Saúde, correspondentes à aplicação de novas políticas orientadas à atenção básica, particularmente o Piso de Atenção Básica (PAB), o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

Entre 1998 e 2000, um conjunto de portarias estabelecem tetos para os programas, entre os quais o Programa de Atenção Básica (PAB) e os programas incluídos sob a rubrica da Assistência Ambulatorial de Média e Alta complexidade. Os tetos para estados e municípios baseiam-se em média calculada com base na produção de serviços realizados nos seis meses anteriores.

A partir de 1998, a rubrica para a Assistência Básica é separada da assistência médica em geral. O Piso de Assistência Básica (PAB) foi criado pela Portaria no. 84/GM e determina o valor máximo da parte fixa do Piso de Atenção Básica – PAB em R\$18,00 e mínimo de R\$10,00; sempre baseado em média calculada sobre a produção do período anterior. Temo se mantido, desde a sua implantação, em R\$10,00 habitante/ano (Marques & Mendes, 2002).

MARQUES & MENDES (2002) lembram o relatório do Banco Mundial de 1993 (WORLD BANK, 1993) que introduz os princípios da cesta básica de procedimentos, aonde defende que países com o PIB do Brasil necessitam US\$22,00 per capita/ano, valor bastante acima do proposto para o PAB pelo Ministério da Saúde (MS). De acordo com MÉDICI (1994) entre 1990 e 1993 os

gastos federais com saúde como percentagem do PIB oscilaram de 1,5% (1992) a 2,55% (1989), bem inferiores ao recomendado pela OMS (5% do PIB).

Estudo de FERNANDES JÚNIOR (1996) observa que o governo federal aplicou no setor saúde, no período 1987-94, recursos que corresponderam a um gasto per capita máximo de US\$ 80,37 (1987) e mínimo de US\$ 44,30 (1992), bem abaixo do patamar de US\$ 500 indicado pela OMS visando a atenção primária à saúde.

Ao final do ano 2000, haviam apenas 523 municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal, congregando 38% da população enquanto que os 4.927 habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica reúnem mais de 50%, existindo grande correlação entre porte populacional e habilitação básica e plena do sistema (MELAMED ET AL, 2002).

Importante observar que entre 1996 e 2000, mais de 700 municípios foram criados no Brasil.

Em 1999, o processo de descentralização passou por uma avaliação. Nesta ocasião, segundo Sophia (2002), os principais problemas identificados foram:

- 89,44% dos municípios brasileiros encontravam-se habilitados na Gestão Semiplena de Atenção Básica, mas esse índice não asseguraria a qualidade e efetividade da atenção básica em todos os municípios e não garantiria o acesso dos cidadãos aos demais níveis de atenção.
- Apesar de apenas 10,14% dos municípios encontrarem-se em Gestão Plena do Sistema Municipal, dispondo de maior autonomia de gestão, esses municípios ainda não assegurariam a inserção e papel de referência nas redes estaduais de serviços e isso estaria relacionado à imposição de barreiras de acesso à população que mora em outros municípios.
- Em relação ao financiamento do Sistema de Saúde, a alocação dos recursos humanos permaneceria vinculada à lógica da oferta de serviços, tendo como referência a série histórica de gastos e de produção e capacidade instalada.

Em 2001, foram criadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), tendo como principais objetivos:

- Definir o processo para regionalização da assistência.
- Atualizar os critérios de habilitação dos municípios.
- Ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, concluindo a habilitação de 100% dos municípios.

Segundo MOREIRA (2002), integrante do Departamento de Descentralização e Gestão da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, o objetivo geral da NOAS-SUS 01/2002 é “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção”.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS regulamenta as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à Saúde. A NOAS-SUS 01/2002 substituiu a NOAS-SUS 01/2001 que não foi aplicada na sua totalidade.

A NOAS-SUS 2001 estabelece como forma de habilitação a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, com aumento das responsabilidades dos municípios e da prestação de serviços, com ênfase na regionalização, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais em todos os níveis de atenção, não

necessariamente confinados ao território municipal sob a coordenação das secretarias estaduais de saúde (MS, 2001).

O processo de regionalização prevê um planejamento pelo qual os sistemas de saúde funcionam articulados em redes e cooperativas de atenção em territórios delimitados com populações definidas para garantir o acesso dos usuários às ações e serviços que não estão disponíveis em seus municípios. Os Estados dividiriam seu território em microrregiões de saúde a fim de garantir que a população tenha acesso aos serviços o mais próximo possível de sua residência.

A NOAS baseia-se em instrumentos de gestão, que são requisitos obrigatórios para a habilitação dos Estados e municípios. São eles: Agendas de saúde; Planos de Saúde; Quadro de Metas; Relatório de GESTÃO; Plano Diretor de Regionalização; Programação Pactuada Integrada.

Os gestores, ao terem em mãos os instrumentos de gestão, têm as seguintes responsabilidades:

Na esfera federal, o gestor é responsável pela elaboração da Agenda Nacional de Saúde, pela análise dos Planos de Saúde, dos Quadros de Metas e dos relatórios de gestão dos Estados, pela elaboração do relatório de Gestão e da Programação Pactuada Integrada Nacional.

Na esfera estadual, o gestor é responsável pelas seguintes funções: elaboração da Agenda de Saúde, do Quadro de Metas, do Relatório de Gestão, do Plano Diretor de Regionalização, da Programação Pactuada Integrada estadual e análise dos Planos de saúde e relatórios de Gestão dos municípios.

Nas Secretarias Municipais, os gestores têm como função a elaboração da Agenda de Saúde, do Quadro de Metas, do Relatório de Gestão Municipal e da Programação das Ações de Saúde Municipais.

A democratização da informação e decisão no sistema caminhou a passos largos, quando comparada às demais áreas sociais (MARQUES & MENDES, 2002). Tanto a criação de instâncias intergestoras de decisão, em nível federal e estadual, quanto os conselhos de saúde, nos três níveis de governo, representam avanços nessa direção.

Legalmente, todas as Secretarias Municipais de Saúde devem fazer, trimestralmente, uma audiência pública de prestação de contas, independente da prestação de contas anual que faz o Conselho de Saúde. Todos os anos cabe às instâncias intergestoras aprovar a política nacional de saúde, em todos os seus aspectos, incluindo o financiamento. A Comissão Intergestores Tripartite-CIT aprova os recursos financeiros (tetos) disponíveis para cada estado da federação. Em cada estado, cabe à Comissão Intergestores Bipartite-CIB fixar o teto financeiro disponível para cada um dos municípios do estado.

Sobre o Conceito de Atenção Básica em Saúde

Ainda hoje objeto de discussão, o termo Atenção Básica, na maior parte das vezes, refere-se ao nível de complexidade da ação e/ou serviço. Assim, a Atenção Básica seria o menor nível de complexidade, dado o baixo nível

“tecnológico” envolvido, seriam ações passíveis de serem oferecidas ao conjunto ou a maior parte da população (MARQUES&MENDES, 2002).

O MS define atenção básica como “um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”, reconhecendo que “a ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente” (BRASIL, 1998).

Segundo o MS as unidades básicas solucionam até 85% dos problemas de saúde da comunidade, portanto o PSF possibilita uma racionalização do uso de serviços de média e alta complexidade do SUS.

A importância estratégica da Atenção Básica na política de Saúde do Ministério da Saúde poderia ser apreendida, segundo MARQUES&MENDES, a partir da existência do Departamento de Atenção Básica, órgão responsável por normatizar a organização e gestão desse nível de atenção em saúde.

Cabe ao Departamento de Atenção Básica executar as atividades de gerenciamento de todas as ações voltadas para o redirecionamento do modelo assistencial do SUS, destacando-se a expansão da estratégia do Programa de Saúde da Família, à qualificação e capacitação das equipes de Saúde da Família e à avaliação e monitoramento desse modelo.

Para tanto, algumas áreas programáticas do Ministério da Saúde passaram a ser de responsabilidade desse Departamento, como: coordenações nacionais de prevenção e controle da tuberculose e outras pneumopatias, de controle de hanseníase e outras dermatoses, de controle das doenças reumáticas, de controle dos diabetes mellitus, de controle das doenças cardiovasculares/hipertensão, de saúde bucal, de vigilância alimentar e nutricional e de assistência farmacêutica (SOUZA, 2002).

4.7. FINANCIAMENTO E EQUIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A desigualdade presente na alocação de recursos financeiros federais do SUS

Financiamento é o processo de obtenção de recursos ou fundos necessários para a execução de um gasto que está orientado para a obtenção de um objetivo determinado (MÉDICI, 1994).

Para promover políticas públicas, os governos buscam a arrecadação de recursos a partir de suas bases fiscais diretas e indiretas.

Do ponto de vista da equidade, a utilização de bases diretas de tributação são as ideais, tendo em vista que estas retratariam rendas e propriedades de riqueza recebidos e mantidos por agentes econômicos.

Entretanto, as bases indiretas de tributação e seus impostos decorrentes, aqueles que incidem sobre a produção, circulação e consumo de mercadorias, têm sido a solução convencional dos governos para financiar políticas de saúde.

Para DAIN e FAEVERET (1999), na área das políticas públicas destinadas a gerar ganhos de equidade - ou tornar menos heterogêneo o acesso da população aos serviços - os habitantes de municípios pequenos são perdedores a priori na competição por novos recursos, já que a lógica redistributiva dos programas setoriais é muito influenciada pela oferta de serviços pré-existent e, portanto, não os alcança (in PASTRANA e CUNHA, 2002).

O gasto público em saúde no Brasil sempre foi largamente financiado por recursos federais (MARQUES & MENDES, 2002).

Segundo MÉDICI (1993), no início da década de 90, o nível federal era responsável por 73% do total de recursos públicos voltados à saúde no país.

Com a implementação do SUS e o crescente comprometimento da esfera municipal, a presença relativa do governo federal diminuiu, embora ainda constitua a mais importante fonte de recurso da saúde.

Segundo MARQUES & MENDES (2000), nos anos de 1994, 1995, 1996 e 2000, os recursos federais financiaram 60,7%, 63,8%, 53,7% e 58,3%, respectivamente, do gasto público com saúde. Segundo os autores, a participação dos municípios no financiamento do total do gasto público em saúde diminuiu entre 1996 e 2000, passando de 27,8% para 24,3%.

A análise da evolução da receita disponível dos municípios, quando comparada às demais esferas de governo, revela que entre 1995 e 1999 a receita disponível municipal (arrecadação própria – IPTU, ISS, ITBI, principalmente – mais as transferências constitucionais - FPM, ICMS, IPVA, principalmente) cresceu apenas 0,5% em relação ao total da receita disponível das três esferas de governo. Enquanto, no mesmo período, a participação da receita disponível da União teve um incremento de 1,5% (de 61,7% para 63,2%) (Marques & Mendes, 2002).

É preciso levar em consideração os aspectos restritivos da Lei de Responsabilidade Fiscal, aprovada em maio de 2000, que vêm afetando o comprometimento da esfera municipal com programas de saúde, em especial o PSF, tornando seu financiamento, através dos recursos municipais, instável (MARQUES & MENDES, 2002).

No ano de 2001, segundo o Ministério da Saúde, 61% dos recursos federais investidos em saúde destinaram-se a serviços de alta e média complexidade, 38% em atenção básica e 1,4% foram destinados a ações estratégicas.

Embora definida a partir de definições técnicas, a alocação de recursos é um processo político (SILVA, 1999).

No Brasil, não foi estipulada na Constituição Federal a proporção do orçamento geral da União que deveria ser alocada ao setor saúde, ao contrário do que ocorreu com a educação, que garantiu 18% da receita tributária (BRASIL – CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Na tentativa de garantir fontes estáveis de financiamento, buscou-se a destinação exclusiva da CPMF (contribuição provisória sobre a movimentação financeira) e a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 29.

Entretanto, embora a CPMF tenha atingido o objetivo de constituir uma fonte estável de financiamento, não concretizou-se como uma nova fonte de recursos, pois os cortes no orçamento da União para a saúde se deram na mesma proporção, conservando os valores anteriormente consignados.

Segundo a EC 29, o percentual dos gastos em saúde, para a União, no ano 2000 deveria ser igual ao valor apurado do ano anterior (1999), acrescido de, no mínimo, 5%. A partir de 2001 até 2004, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB.

Tabela 5: Gastos Federais em Saúde em 1998, 1999 e 2000 e estimativa para o período 2001/2004 com a aplicação da EC 29 – em bilhões

Ano	Total executado MS	Inativos/ Pensionistas	Serviço da Dívida	Gastos em ações e Serviços de Saúde
1998	19,32	1,74	2,33	17,11
1999	20,33	1,83	0,16	19,64
2000	22,70	2,19	0,15	20,35
2001	26,05	2,23	0,36	22,57
2002	27,51	2,26	0,36	23,13
2003	28,93	2,29	0,36	23,71
2004	30,33	2,32	0,36	24,18

Fonte: SPO/SE/MS e STN/MF

SILVA, SF. Noas - Regionalização e Financiamento. São Paulo, 2002.

Notas:

1. Estimativa de inflação de 4% em 2001, 3,5% em 2002, 3% em 2003 e 2004;
2. Estimativas de gasto com Pessoal Inativo pela Taxa Média 1995 a 2000;
3. O valor orçado para o Serviço da Dívida foi repetido para 2002/2004.

A EC 29 prevê o percentual dos gastos em saúde para Estados e Municípios (aplicando a resolução 316 do CNS), como pode ser visto a seguir.

Tabela 6: Percentuais mínimos de vinculação de recursos financeiros do SUS para Estados e Municípios, segundo a EC 29.

Percentuais Mínimos de Vinculação		
Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,5%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

Fonte: SILVA, SF. Noas – Regionalização e financiamento. São Paulo, 2002.

Obs.: Isto se aplica nos casos em que os percentuais de 2000 são inferiores aos mínimos. Se forem superiores este será o marco inicial e se ajustará 1/5 da diferença ao ano até atingir o mínimo previsto para 2004.

Por outro lado, diversos autores apontam problemas ainda não resolvidos. Entre eles, um dos principais obstáculos é a falta de regras claras para o comprometimento dos orçamentos da União, dos Estados e dos Municípios com as políticas de saúde propostas (OLIVEIRA JÚNIOR, 2002; CARVALHO, 2000).

A despesa do Ministério da Saúde é realizada através de duas formas: pagamento direto aos prestadores de serviços (relativos a internações hospitalares e atendimento ambulatorial) e transferências aos estados e municípios habilitados no SUS.

Os pagamentos diretos, que absorviam 71,3% dos recursos federais em saúde em 1997, caíram para 39% em 2000. Essa diminuição resultou no aumento das transferências fundo a fundo de 28,66% para 61% para o ano de 2000 (MARQUES & MENDES, 2002). Esta mudança no perfil dos gastos federais reflete a evolução do processo de descentralização do SUS, com aumento gradativo da autonomia de gestão de estados e municípios (Tabela 7).

Tabela 7: Indicadores de evolução da Descentralização ao SUS – Normas Operacionais Básicas de 1993 a 1996.

	Dez/94	Dez/95	Dez/96	Dez/97	Dez/98	Dez/99	Dez/00
No. de municípios recebendo recursos “fundo a fundo”	24	56	137	144	5049	5350	5450
No. de estados recebendo recursos “fundo a fundo”	-	-	-	-	2	7	8
% da população residente nos municípios/estados que recebem “fundo a fundo”	4,35	9,34	15,99	17,29	89,85	99,26	99,7
% do total de recursos assistenciais transferidos “fundo a fundo”	6,19	12,5	22,91	24,06	52,5	58,38	60,8

Fonte: Ministério da Saúde – SAS

MARQUES & MENDES (2002) analisando os componentes da Atenção Básica verificaram que comparando-se o ano de 2000 ao de 1998, tanto o PAB fixo quanto o variável aumentaram sua participação no uso dos recursos federais transferidos. Entretanto, o crescimento do PAB variável foi bem mais expressivo (de 2,38% para 10,19%), enquanto o PAB fixo aumentou de 13,30% para 14,03%, sendo que em 1999 ele havia atingido 15,54%.

O PAB variável é constituído de diferentes incentivos que “premiar” os municípios que desenvolvem os diferentes programas (incluindo-se o PSF).

Para o PSF os recursos são repassados de acordo com a cobertura (entendida como o percentual de população associada a cada equipe). Esse critério tem sido considerado “insuficiente e inadequado”, uma vez que não leva em consideração o custo da força de trabalho em saúde, dificuldades de fixação de pessoal, dispersão populacional, condições de vida da população e complexidade das ações (MARQUES & MENDES, 2002).

Para VIANNA, o critério “não é eqüitativo pois desconsidera a capacidade de auto-financiamento de cada estado/município em um país heterogêneo como o Brasil” (in MARQUES & MENDES, 2002).

Para NASCIMENTO, citado em MARQUES & MENDES (2002), os recursos federais deveriam ter por base per capita diferenciados por tipo de ação de atenção básica, que seriam distribuídos em função dos planos sub nacionais de saúde. Mesmo defendendo a existência de valores diferenciados por macro

regiões, considera que a aplicação do princípio da equidade para os municípios é de responsabilidade do governo estadual.

Segundo MARQUES & MENDES (2002), “o governo federal continua sendo o agente definidor da política de saúde no território nacional”, especialmente no campo da Atenção Básica.

Diversos autores criticam esse “aumento de poder federal na determinação da política de Saúde, explicitando contradições (MARQUES & MENDES, 2002).

Uma delas seria que, a introdução de incentivos, a partir de 1998, estimulou os municípios a incorporar programas que lhes acrescentariam aumento de receita financeira, o que poderia obstaculizar ou impedir a construção de uma política de saúde fundada nas necessidades do nível local (MARQUES & MENDES, 2002).

Para FERLA, a ênfase na Atenção Básica coloca em risco o princípio da integralidade: “num país com as dimensões do Brasil e com sua complexidade social e epidemiológica qualquer recorte condicionador da atenção compromete o preceito da integralidade” (FERLA in MARQUES & MENDES, 2002).

Para Nascimento, a ênfase na Atenção Básica não fere o princípio da integralidade, entretanto, considera que a integralidade “pode estar em risco” quando os municípios – que fazem a Atenção Básica – por não terem recursos adicionais, não conseguem executar os demais níveis de atenção (NASCIMENTO in MARQUES & MENDES, 2002).

Pesquisa recente realizada através de survey nacional com Secretários Municipais de Saúde, mostrou que cerca de 80% dos entrevistados concordam que “a implantação do PAB reorientou as ações da Secretaria Municipal de Saúde para a Atenção Básica” (Nepp/Unicamp, “Avaliação da descentralização dos recursos do Ministério da Saúde para a Gestão Plena da Atenção Básica: PAB, PSF/PACS, Combate às Carências Nutricionais, Assistência Farmacêutica Básica e Vigilância Básica”, Relatório Final, Brasília, 2001 in MARQUES & MENDES, 2002).

A desigualdade na alocação dos recursos federais para o setor saúde começam a ficar expostas quando calculamos os recursos federais para a saúde e a sua relação com a população das diversas regiões brasileiras.

Analisando a Tabela 3, percebemos que a média dos recursos federais para a Atenção Básica per capita para o ano de 2001 foi de 57,8 reais, ou o equivalente a US\$ 23,12.

Sendo que a região que menos recebeu foi a região Norte, recebendo R\$ 46,27 ou US\$18,5 per capita; 34% a menos da que mais recebeu, a região Sul, a quem coube R\$ 69,65 ou US\$27,86 per capita (Tabela 8).

TABELA 8: Recursos federais do SUS para a Atenção Básica, per capita em reais, segundo região do Brasil, 2001.

Regiões	Per capita R\$
Região Norte	46,27
Região Sudeste	53,28
Região Nordeste	53,42
Região Centro-Oeste	66,41
Região Sul	69,65

Fonte: DATASUS, IBGE

Do mesmo modo, quando analisamos a distribuição de recursos federais do SUS para a Atenção Básica, para cada estado brasileiro, observamos a desigualdade em um grau maior: o estado brasileiro que menos se beneficiou, recebeu 70% menos recursos financeiros federais do SUS, 47,8% do valor médio pago aos demais estados brasileiros (Tabela 9).

TABELA 9: Recursos federais do SUS, per capita em R\$, segundo Estado brasileiro, 2001.

Estado Brasileiro	Per capita (R\$)
Amapá	26,06
Amazonas	28,54
Acre	30,54
Bahia	30,99
Espírito Santo	36,12
Sergipe	37,63
Rondônia	42,66
Roraima	43,82
São Paulo	44,55
Mato Grosso	45,43
Tocantins	45,81
Pernambuco	47,45
Rio Grande do Norte	52,66
Rio Grande do Sul	54,02
Paraíba	55,83
Minas Gerais	58,41
Pará	58,42
Maranhão	58,70
Mato Grosso do Sul	60,44
Piauí	68,34
Rio de Janeiro	73,19
Goiás	75,36
Distrito Federal	76,21
Santa Catarina	76,25
Alagoas	77,77
Paraná	82,57
Ceará	83,08

Fonte: DATASUS, IBGE

4.8. ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO SOBRE EQUIDADE EM SAÚDE

Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde

Segundo a OMS (1995) a aplicação da economia à saúde tem por objetivo “quantificar, por períodos de tempo, os recursos empregados na prestação de

serviços de saúde, sua organização e financiamento, a eficiência com que se alocam e utilizam esses recursos para fins sanitários, e os efeitos dos serviços de saúde para a provisão, a cura e a reabilitação na produtividade individual e nacional”.

Segundo SILVA (1999), avaliação econômica “é a análise comparativa das ações alternativas, tanto em termos de custos, como de benefícios. Seus componentes básicos são identificar, quantificar, valorar e comparar os custos e as alternativas que estão sendo consideradas”.

Para o mesmo autor, a avaliação das tecnologias sanitárias é um processo complexo que se propõe a atender, pelo menos, a cinco indicadores: a capacidade técnica, os efeitos clínicos, o desenlace para a saúde, a economia sanitária e a satisfação e aceitação entre pacientes e usuários.

De modo geral, as desigualdades em saúde tem sido estudadas sob dois aspectos; a primeira diz respeito à chance de adoecer, o que reflete as desigualdades nos determinantes sócio-culturais-ambientais das doenças; e a segunda, diz respeito ao acesso aos serviços de saúde.

Para VIANNA (2001), a disponibilidade de estudos sobre equidade em saúde no Brasil, embora crescente, ainda é desproporcional a importância do tema.

Alguns dos estudos mais conhecidos sobre equidade e serviços de saúde na Europa, são realizados por uma série de equipes internacionais liderados por Adam Wagstaff y Eddy van Doorslaer, aonde estudam e comparam a equidade no financiamento e na provisão de serviços de saúde em vários países europeus e nos Estados Unidos (RODRIGUEZ, 2002).

O principal objetivo destes estudos têm sido comprovar se há iniquidade na chamada “utilização dos serviços de saúde associada ao nível de renda”. Trata-se de verificar se os indivíduos mais pobres recebem tratamentos diferentes dos indivíduos mais ricos, para as mesmas necessidades (RODRIGUEZ, 2002).

Os últimos estudos sobre o tema, mostram que os sistemas públicos de saúde europeus tem alcançado um elevado grau de equidade. As desigualdades de tratamento associadas ao nível socioeconômico do indivíduo observadas, em alguns casos (utilização de médicos generalistas) a iniquidade favorece aos mais pobres, em outros casos (utilização de especialistas e tempo de espera) a iniquidade favorece aos mais ricos. (RODRIGUEZ, 2002).

No Brasil, uma parceria entre o IPEA/OPAS têm produzido documentos que tratam da equidade em saúde (VIANNA, 2001). Mais especificamente, de como medir a equidade de modo que os efeitos distributivos das políticas públicas possam ser monitorados.

Estudo recente desenvolvido pelo Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde, Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; buscou elaborar critérios de alocação de recursos financeiros do Sistema de Saúde brasileiro pelos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), para os sistemas de saúde, visando a equidade (HEIMANN et al, 2002). As desigualdades na alocação dos recursos financeiros do SUS ficaram evidentes.

Os resultados deste estudo mostraram que o gasto federal per capita nos municípios, considerando os pagamentos e transferências, reproduz as desigualdades de condições de vida ainda existentes no país. As transferências são em média semelhantes nos diferentes grupos de municípios de condições de

vida e resposta do sistema, isto é, há um tratamento semelhante pelo gestor federal para municípios desiguais. Esta forma de alocação tende a ser igualitária e não eqüitativa. Os pagamentos, por sua vez, são em maior volume (reais per capita) para os municípios de grupos com melhores condições de vida e respostas ao sistema. Assim, o gestor federal trata diferentemente municípios desiguais, porém alocando mais recursos para aqueles que tem maiores receitas, produção e oferta de serviços de saúde. Foram pesquisados os bancos informatizados nacionais: DATASUS, para os gastos feitos diretamente nos municípios pelo Ministério da Saúde através dos pagamentos pela prestação de serviços, principalmente – mas não exclusivamente – nos municípios que se encontram em gestão plena da atenção básica; e o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), com informações, para o ano 2000, referentes a 2606 municípios. Deste universo foram selecionados 1829 municípios que além das informações SIOPS também tinham dados de Índices Sintéticos de Condições de Vida e Saúde (ICVS), Índice de Respostas do Sistema (IRSS) e pagamentos federais necessários para a análise de tendências da alocação de recursos do SUS e demais componentes de seu financiamento.

MÉDICI, em estudo sobre os gastos com saúde nas famílias brasileiras, concluiu que o Sistema Único de Saúde - SUS não contribuiu, ao longo do período 1987-1996 para a redução das desigualdades relativas ao gasto em saúde nas famílias (MÉDICI, 2002). Este estudo buscava verificar o impacto, mesmo que de forma indireta, da universalização do acesso à saúde – previsto na Constituição de 1988 – nos gastos em saúde das famílias brasileiras segundo nível de renda. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 1987 mostraram que as famílias mais pobres gastaram em saúde, proporcionalmente, muito mais que as famílias de maior renda. Este estudo mostrou o caráter regressivo dos gastos familiares em saúde no período e o autor vai mais além: “a hipótese é que uma política universal de saúde – como a que se definiu na Constituição Brasileira – deveria levar a todos, especialmente aos mais pobres, a não realizar gastos com saúde. Neste sentido, se os pobres gastam proporcionalmente mais em saúde que os mais ricos, é por falha na distribuição de serviços de saúde aos mais pobres, indicando, portanto, que o subsídio público ao gasto em saúde das famílias têm sido regressivo”.

Segundo o estudo de MÉDICI, entre 1988 e 1996 o gasto em saúde aumentou consideravelmente, passando de 5,3% a 6,5 % do gasto total; sendo que as famílias com renda igual ou inferior a dois salários mínimos aumentaram seu gasto em saúde como porcentagem do gasto familiar total em 52% enquanto que nas famílias com renda superior a 30 salários mínimos a participação com gasto em saúde aumentou em 15% (MÉDICI, 2002).

4.9. DESIGUALDADES PRESENTES NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DO SUS Recursos Humanos utilização e acesso aos serviços de saúde

No Brasil, estudo publicado em 2001 (VIANNA et al, 2001), confirma a iniquidade na distribuição espacial dos serviços do SUS, sendo, na oferta de médicos onde se observam os maiores diferenciais. Este aspecto sugere que a expansão das faculdades de medicina nas últimas três décadas não tem contribuído para melhorar a alocação geográfica desses recursos humanos, que segue menos conduzidas pelas necessidades da população do que pelo mercado diante da ineficácia ou ausência de ação regulatória do Estado.

A região Norte, por exemplo, tem seis vezes menos (1999) médicos que o Sudeste. Mais grave ainda, considera o autor, é a análise da evolução temporal deste indicador, mostrando que em 1990 essa relação era de 3,7 vezes. A razão do número de médicos por mil habitantes em relação à média nacional, mostra que uma variação positiva apenas no nordeste (de 0,51 para 0,53) e sul (0,93 para 0,98) entre 1990 e 1999. A distribuição interregional dos enfermeiros, bem mais homogênea, é atípica em relação ao padrão distributivo de médicos e dentistas.

A oferta de leitos (taxa por mil habitantes) entre 1992 e 1999 caiu 17,5% no país como um todo, embora no âmbito do SUS a queda tenha sido bem menor (-8 %); este fato poderia ser atribuído ao aumento da oferta de leitos públicos, principalmente municipais. Entretanto, no caso brasileiro, a queda global não teve reflexos negativos na distribuição entre macro regiões; sendo os diferenciais bem menos elevados do que no caso da distribuição dos médicos, quando utilizamos a razão do número de leitos/mil habitantes por região em relação à média nacional. Outro ponto importante é que a razão cresce nas regiões de maior déficit (Norte e Nordeste) e diminui no Sul e Sudeste onde a oferta ainda se mantém mais elevada.

A taxa de unidades ambulatoriais/dez mil habitantes mostra distribuição mais equitativa quando se compara a evolução entre as regiões. A desagregação dos índices por estado, entretanto, revela uma distribuição bastante desigual, aparecendo, por exemplo, o Acre com 7,71 unidades por 10.000 habitantes e Roraima, na mesma região, com 1,76 unidades.

Segundo o autor, de um modo geral, na última década a oferta setorial cresceu no país como um todo. Mas, a disponibilidade de leitos diminuiu no período. A distribuição assimétrica de médicos é a única a não apresentar tendências no sentido de uma maior equidade.

A década de 90 registra uma redução de 22,2% na cobertura hospitalar do SUS. A queda é compatível com tendência universal já referida, de redução da oferta de leitos e a substituição de procedimentos antes realizados sob internação, por alternativas ambulatoriais de igual eficácia e menor custo (VIANNA, 2001).

Dado importante é que dos seis estados que aumentaram a cobertura, cinco (RO, AC, PA, BA, AM) estão nas regiões consideradas mais pobres.

A taxa de internações no período 1991-2000 (dez primeiros anos de implantação do SUS) cresceu 30% na região Norte, com redução nas demais regiões. Necessário ressaltar que em 1991 a diferença entre as regiões era mais acentuada do que aquela observada em 2000. Desse modo, em 1991, a Razão entre a maior taxa e a menor foi de 1,92 vezes; enquanto em 2000 este valor se reduz para 1,25.

Tais dados mostram uma redução das desigualdades entre as regiões brasileiras na vigência do SUS, o que poderia ser decorrente da adoção de tetos

financeiros estaduais uniformes baseados no tamanho da população e não só na capacidade instalada (VIANNA, 2001).

Na atenção ambulatorial, o número médio de consultas/habitante/ano, medida de concentração utilizada como indicador de cobertura, é afetado pela composição etária e perfil epidemiológico da população bem como pelo modelo de financiamento da atenção, da mesma forma que a taxa de internação.

A taxa de consultas por habitante cresceu 14,4% entre 1995 e 1999, entretanto, apenas nove estados apresentaram valores acima da média nacional; sendo a maior diferença na região norte. Os estados desta região para atingirem a meta nacional, precisariam ampliar o acesso a consultas médicas desde 2% em Roraima até 46% no Pará, passando por aumentos de 1/3 para Rondônia, Amazonas e Acre.

Apenas em sete estados a utilização de um serviço privado suplantou, em valores relativos, a utilização do SUS no principal atendimento recebido. Em DF, SP, RJ, e RS, provavelmente devido a maior cobertura por planos e seguros de saúde; nos casos de Rondônia, Amapá e Acre, a situação pode decorrer de insuficiência de oferta dos serviços do SUS (VIANNA, 2001).

Em termos nacionais, os grupos com melhor renda per capita (mais de 15 salários mínimos) tiveram acesso a 2,64 vezes mais consultas (SUS e privadas) do que aqueles pertencentes ao grupo de menor renda (1/4 de salário mínimo). No âmbito do SUS, a utilização de consultas ambulatoriais por parte de pessoas com até 1/4 de salário mínimo de renda per capita foi de 26 vezes maior do que o uso por aqueles com renda per capita acima de 15 salários mínimos.

A taxa de internações totais por cem habitantes, mantém-se invariável nos diferentes grupos de renda. Entretanto, quando se consideram as internações custeadas pelo SUS verificamos que a taxa de internações através do SUS é 12,6 vezes maior nos grupos de menor renda per capita, enquanto a taxa de internações não-SUS é 7,2 vezes maior para o grupo de renda mais alta (VIANNA, 2001).

No período entre 1988 e 1996 observa-se um aumento relativo dos gastos das famílias com assistência à saúde, em especial nas classes com rendimentos mais baixos (VIANNA, 2001).

O percentual do gasto familiar com saúde em relação ao gasto total passou de 5,31% (1988) para 6,50% (1996). No entanto, em valores absolutos, o gasto per capita das famílias em todas as classes de rendimento diminuiu de R\$428,52 para R\$294,49, no mesmo período.

Segundo COUTTOLENC (2002), o estado de saúde é um fator determinante do gasto em saúde. Analisando a PNAD 98, “pessoas com saúde muito ruim ou com mais de 4 problemas crônicos comprometem cerca de 1/3 de sua renda per capita com saúde, chegando a 45-50% entre as pessoas no quintil de renda mais baixo”.

Um indicador utilizado para medir a exclusão social diz respeito à proporção de pessoas que devem recorrer ao pagamento direto em dinheiro (“out-of-pocket”) ao prestador pelo serviço de saúde utilizado. No Brasil, segundo a PNAD 98 essa proporção é de 15,9%, sendo apenas 4,8% no quintil mais pobre da população, chegando a 27,3% no quintil mais rico (COUTTOLENC, 2002).

4.10. Indicadores Sociais

O desafio de mensurar a desigualdade social

Levando-se em conta que o desenvolvimento de uma sociedade não pode ser medido de forma unilateral, analisando-se apenas a dimensão econômica, o IDH é um indicador elaborado pela ONU (Organização das Nações Unidas) que mede a qualidade de vida das pessoas em 174 países do mundo.

O Índice de Desenvolvimento Humano foi criado originalmente para medir o nível de desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB per capita). O índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo; os países com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano; países com IDH maior que 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto.

Em comparação com a América Latina e Caribe, dezesseis países latino-americanos e caribenhos estão à frente do Brasil no IDH, embora seja o país mais rico do subcontinente.

Apenas quatro países latino-americanos aparecem no ranking das 46 nações apontadas como de “alto desenvolvimento humano” (Argentina, Antígua e Barbuda, Chile e Uruguai).

O melhor latino-americano, a Argentina, estava em 35^o em 2000. Os últimos 24 colocados são todos países africanos, sendo último colocado a Serra Leoa.

Para aferir o nível de desenvolvimento humano de municípios as dimensões são as mesmas – educação, longevidade e renda -, mas alguns dos indicadores usados são diferentes. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDH municipal (IDH-M) são mais adequados para avaliar as condições de núcleos sociais menores.

Para a avaliação da dimensão educação, o cálculo do IDH municipal considera dois indicadores, com pesos diferentes: taxa de alfabetização de pessoas acima de 15 anos de idade (com peso dois) e a taxa bruta de frequência à escola (com peso um). O primeiro indicador é o percentual de pessoas com mais de 15 anos capaz de ler e escrever um bilhete simples (ou seja, adultos alfabetizados). O calendário do Ministério da Educação indica que se a criança não se atrasar na escola ela completará esse ciclo aos 14 anos de idade, daí a medição do analfabetismo se dar a partir dos 15 anos. O segundo indicador é resultado de uma conta simples: o somatório de pessoas (independentemente da idade) que frequentam os cursos fundamental, secundário e superior é dividido pela população na faixa etária de 7 a 22 anos da localidade. Estão também incluídos na conta os alunos de cursos supletivos de primeiro e de segundo graus, de classes de aceleração e de pós-graduação universitária. Apenas classes especiais de alfabetização são descartadas para efeito do cálculo.

Para a avaliação da dimensão longevidade, o IDH municipal considera o mesmo indicador do IDH de países: a esperança de vida ao nascer. Esse indicador mostra o número médio de anos que uma pessoa nascida naquela localidade no ano de referência (no caso, 2000) deve viver. O indicador de longevidade sintetiza as condições de saúde e salubridade daquele local, uma vez que quanto mais mortes houver nas faixas etárias mais precoces, menor será a expectativa de vida observada no local.

Para a avaliação da dimensão renda, o critério usado é a renda municipal per capita, ou seja, a renda média de cada residente no município. Para se chegar a esse valor soma-se a renda de todos os residentes e divide-se o resultado pelo número de pessoas que moram no município (inclusive crianças ou pessoas com renda igual a zero). No caso brasileiro, o cálculo da renda municipal per capita é feito a partir das respostas ao questionário expandido do Censo – um questionário mais detalhado do que o universal e que é aplicado a uma amostra dos domicílios visitados pelos recenseadores. Os dados colhidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) através dessa amostra do Censo são expandidos para o total da população municipal e, então, usados para o cálculo da dimensão renda do IDH-M.

Uma vez escolhidos os indicadores, são calculados os índices específicos de cada uma das três dimensões analisadas: IDHM-E, para educação; IDHM-L, para saúde (ou longevidade); IDHM-R, para renda. Para tanto, são determinados os valores de referência mínimo e máximo de cada categoria, que serão equivalentes a 0 e 1, respectivamente, no cálculo do índice. Os sub-índices de cada município serão valores proporcionais dentro dessa escala: quanto melhor o desempenho municipal naquela dimensão, mais próximo o seu índice estará de 1.

O IDHM de cada município é fruto da média aritmética simples desses três sub-índices: somam-se os valores e divide-se o resultado por três ($\text{IDHM-E} + \text{IDHM-L} + \text{IDHM-R} / 3$).

O Brasil melhorou sua posição no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) nos últimos 9 anos, passando de 0,709, em 1991, para 0,764, em 2000. A mudança demonstra avanços brasileiros nas três variáveis que compõe o IDH-M: renda, longevidade e educação. Em comparação com 1991, o índice aumentou em todos os estados e em quase todos os municípios brasileiros. No ano 2000, do total de 5.507 municípios, 23 foram classificados de baixo desenvolvimento, 4.910, de médio e 574, de alto desenvolvimento humano. Na classificação internacional, o Brasil continua sendo um país de médio desenvolvimento humano (PNUD, 2002).

Dos 5.507 municípios existentes no Brasil, 5.500, ou 99,87% aumentaram seu IDH-M entre 1991 e 2000. A melhoria do IDH-M dos municípios que em 1991 eram considerados de baixo desenvolvimento foi bastante alta: 97,7% desses municípios, ou 972, elevaram sua colocação e estão apresentando um desenvolvimento médio. A grande maioria tinha classificação média em 1991 e assim permaneceu em 2002, apesar de seus índices terem aumentado. Já os municípios Uiramutã (RR), Amajari (RR), Lajeado do Tocantins (TO), Mucajaí (RR), Silves (AM), Uarini (AM) e São Sebastião do Uatumã (AM) mantiveram-se na situação de médio desenvolvimento humano, apesar de serem os únicos cujo valor do IDH-M reduziu-se entre 1991 e 2000.

A boa notícia é que, enquanto em 1991, haviam 995 municípios considerados de baixo desenvolvimento humano, em 2000, esse número caiu para 23. A quantidade de municípios que passaram a ser classificados como de alto desenvolvimento também foi grande: de 19, em 1991, esse número aumentou para 574, em 2000. O que mais chama a atenção nessa classificação é que, em 1991, o município com maior IDH-M, 0,847, não chegava ao índice de países como o Uruguai. Já em 2000, o município com maior IDH-M, São Caetano do Sul (SP) (0,919), equivaleu aos países de maior desenvolvimento humano, como Nova Zelândia.

Apesar dos importantes avanços, o relatório do PNUD demonstra que ainda permanecem imensas disparidades entre os piores e melhores municípios. Em 1991, o maior e o menor IDH-M eram, respectivamente 0,847 e 0,327. Em 2000, esses valores melhoraram para 0,919 e 0,467.

Em 2.207 municípios brasileiros, (49,2% do total), a educação foi responsável por mais da metade da melhoria do IDH-M em mais de 50%. Já, apenas 147 municípios, (2,7% do total) tiveram a longevidade como variável que influenciou na melhora total do IDH-M em mais de 50%. O componente renda só contribuiu com 50% do aumento do IDH-M em 48 municípios, menos de 0,1% do total.

Desigualdades Regionais e o IDH-M

A educação foi responsável por 60,78% do aumento do IDH-M no Brasil entre 1991 e 2000. Já a renda contribuiu com 25,78% e a longevidade com 13,44% no crescimento do índice. Em todas Unidades da Federação, a educação foi o componente que mais influiu no aumento do IDH-M, sendo que em 21 delas, sua participação foi maior que 50% do acréscimo. O aumento do componente longevidade contribuiu positivamente para o crescimento do IDH-M em todos os estados, variando entre 15,15% (Santa Catarina) e 39,02% (Roraima) do acréscimo total do índice. Já o componente renda, apesar de sua contribuição para o acréscimo geral do IDH-M do Brasil, apresenta grandes variações quando são analisados os estados individualmente. A participação da renda varia entre – 37,64 % (Roraima) até 35,15% (Santa Catarina).

Os cinco estados com maiores IDH-M no Brasil são, respectivamente, Distrito Federal (0,844), São Paulo (0,814), Rio Grande do Sul (0,809), Santa Catarina (0,806) e Rio de Janeiro (0,802), situando-se na faixa de alto desenvolvimento humano. Todos os demais encontram-se na categoria de médio desenvolvimento humano. Os cinco IDH-M mais baixos são: Alagoas (0,633), Maranhão (0,647), Piauí (0,673), Paraíba (0,678) e Sergipe (0,687). Em 2000, como em 1991, nenhum estado situou-se na faixa de baixo desenvolvimento humano.

Os estados que mais aumentaram o índice, entre 1991 e 2000, foram, respectivamente, o Ceará (passou de 0,597 para 0,699), Alagoas (de 0,535 para 0,633), Maranhão (de 0,551 para 0,647). Em contrapartida, os que menos cresceram foram: Distrito Federal (de 0,798 para 0,844), São Paulo (0,773 para 0,814) e Roraima (0,710 para 0,749). Isso reflete, parcialmente, o fato de que é mais difícil crescer a partir de um patamar mais alto do que de um mais baixo.

Os estados que mais subiram no ranking foram o Ceará (subiu da 23^a para a 19^a posição) e o Mato Grosso (da 12^a para a 9^a posição). Rondônia, Tocantins, Bahia e Goiás ganharam duas posições cada um. Os que mais caíram no ranking foram Roraima (da 8^a para 13^a posição), Amazonas (da 14^a para 17^a) e Acre (18^a para 21^a). Sergipe e Pernambuco perderam duas posições cada. Os demais estados ou permaneceram na mesma colocação ou tiveram variação de uma posição para mais ou para menos.

Das 100 localidades com o IDH-M mais alto do país, apenas quatro não estão localizados nas regiões Sul e Sudeste. E, mesmo assim, duas delas desfrutam uma situação tão especial que não podem nem sequer ser chamadas de municípios: são o arquipélago de Fernando de Noronha (único representante nordestino entre os “top 100”) e a capital federal, Brasília. As outras duas cidades são fronteiras agrícolas bem-sucedidas do Centro-Oeste: Campos de Júlio (MT) e Chapadão do Céu (GO). Na outra ponta do ranking, os 100 municípios com menor IDH estão todos localizados nas regiões Nordeste e Norte.

O município mais bem colocado no ranking municipal do IDH-M é São Caetano do Sul, no ABC paulista. Com um índice de 0,919, a cidade de 140 mil habitantes tem um nível de desenvolvimento humano equivalente ao da Nova Zelândia. Além de liderar a classificação geral, São Caetano conquistou também a primeira colocação na dimensão longevidade. Com uma esperança de vida ao nascer de 78,2 anos, seus moradores têm uma vida média igual à dos gregos (14^o. colocados nesse quesito entre 173 países, segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2002).

O município do ABC ainda aparece em 2^o. lugar no ranking da dimensão educação e em 2^o. lugar na dimensão renda. De todos os municípios mais bem classificados, São Caetano do Sul é o que apresenta o desempenho mais equilibrado entre as três dimensões que compõem o IDH. Caso diferente, por exemplo, do de Niterói (RJ). Terceira colocada no ranking municipal do IDH, a cidade fluminense aparece em 3^o lugar na dimensão educação, em 3^o na dimensão renda, mas fica apenas com a 651^a. posição em longevidade.

Não se pode dizer que Niterói seja uma exceção. A cidade mais bem colocada no ranking de educação, Santo Amaro da Imperatriz, em Santa Catarina, fica apenas com a 251^a. posição na classificação de longevidade e em 614^o. lugar na dimensão renda. Maiores ainda são as discrepâncias entre as três dimensões do IDH de Campos de Júlio (MT). Dona da quinta maior renda média per capita do país (R\$ 777,45), essa grande produtora de soja do oeste do Mato Grosso aparece apenas em 739^o. lugar no ranking de longevidade e em 1.470^o. lugar no de educação.

No último lugar do ranking do IDH está Manari, localizada no sertão pernambucano. Seus moradores sofrem com a mais baixa renda per capita média do país (R\$ 30,43). Além disso, têm o 33^o. pior desempenho em educação e a 15^a. pior classificação em longevidade. A cidade brasileira com menor expectativa de vida ao nascer é Centro do Guilherme, no Maranhão. Com uma vida média de 55,7 anos, seus moradores estão, nesse aspecto, em condição semelhante aos de Benin, na África. Já o município brasileiro com pior desempenho em educação é Jordão, no Acre. Lá, a taxa bruta de frequência à escola é de apenas 49%, e 57% da população com 15 anos ou mais de idade é analfabeta.

METODOLOGIA

5.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, ao nível de agregados (estudo ecológico).

De base territorial, a partir de dados secundários oficiais, obtidos das seguintes fontes: IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, MS (Ministério da Saúde), SES-SC (Secretaria de Estado da Saúde – Santa Catarina), DATASUS, Organização das Nações Unidas (ONU). Constituem unidades de informação e análise os municípios do Estado de Santa Catarina.

Buscou-se estabelecer o marco referencial teórico a partir do reconhecimento das desigualdades de condições de vida e saúde entre os municípios do Estado de Santa Catarina e os resultados das ações de saúde implementadas nesses municípios.

O tratamento dos dados foi construído com os dados referentes aos níveis de saúde da população de 2000 e com os dados de repasses financeiros de 2001, para avaliar se os recursos foram - de alguma maneira – influenciados pelos indicadores epidemiológicos.

5.2. Hipóteses ou Pergunta de Pesquisa

- a) o repasse dos recursos para a atenção básica do nível federal aos municípios não se dá de forma equânime;
- b) municípios com melhor estrutura de saúde tendem a receber mais recursos em atenção básica.

5.3. Tratamento estatístico

A análise estatística usou o método de regressão múltipla para relacionar os desfechos principais com as variáveis independentes. Os recursos financeiros federais do SUS para cada município foram analisados com relação à mortalidade, dados demográficos e disponibilidade de serviços médicos.

Para isso foi realizado inicialmente um estudo exploratório em bancos de dados secundários para coletar informações sobre a caracterização sócio-econômica, demográfica e epidemiológica dos municípios (base produtiva, população, escolaridade, saneamento básico, habitação, renda, perfil de morbimortalidade) e sobre os sistemas de saúde municipais (rede de serviços, produção e gestão).

O DATASUS e o censo demográfico de 2000 do IBGE foram escolhidos como fontes principais, por disporem de maior volume de informação para o nível municipal. As informações utilizadas foram do ano 2000.

Os dados relativos aos recursos financeiros foram gastos efetivos no ano de 2001, definidos pela rubrica “despesas pagas”.

Esta estratégia foi escolhida para se testar a relação entre as variáveis analisadas e o repasse financeiro do ano seguinte, identificando ou não se este repasse é definido – em algum grau – pelo conjunto de variáveis sócio-econômicas e epidemiológicas dos municípios.

5.4. Procedimento de análise dos dados

Os indicadores utilizados neste estudo são de periodicidade anual, indispensáveis para o monitoramento de curto prazo (VIANNA, 2001). Foram desagregados por municípios o Estado de Santa Catarina, servindo para mensurar as desigualdades geográficas (também chamadas espaciais ou ecológicas) e são construídos a partir de registros administrativos ou de fontes secundárias.

Como ponto de partida, este trabalho utilizou o município como unidade de análise, buscando desenvolvê-lo a partir da análise:

1. Descritiva: Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal (IDH-M); mortalidade por local de residência; mortalidade geral e mortalidade infantil; Índice de Swaroop e Uemura (número de óbitos ocorridos em indivíduos de 50 anos de idade ou mais); mortalidade por grande grupos de causa segundo a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10^a edição); população total; número de profissionais médicos; número de profissionais da saúde com diploma universitário; número de ambulatórios na rede básica; número de leitos hospitalares (UTI, obstétricos, cirúrgicos e clínicos); número de hospitais; número de estabelecimentos médicos e cobertura vacinal (BCG, Sarampo, DPT, Hepatite B) para o ano de 2000 e recursos financeiros do SUS gastos em 2001 (definidos pelo conceito de ano de competência).
2. Regressão linear simples entre a variável de desfecho e todas as variáveis analisadas no modelo.
3. Regressão múltipla das variáveis que apresentaram significância estatística: adotando-se os recursos financeiros federais para a atenção básica do SUS como variável dependente e os demais como variáveis independentes (população; IDH-M; coeficiente de mortalidade infantil; indicador de Swaroop & Uemura; coeficiente de mortalidade geral; coeficiente de mortalidade por doenças crônico-degenerativas; coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas; coeficiente de mortalidade por causas externas; coeficiente de mortalidade por causas evitáveis; coeficiente de mortalidade por causas mal definidas; número de consultórios médicos; número de consultas médicas; número de leitos hospitalares; número de centros de saúde; recursos totais do nível federal para o SUS).

5.5. Coleta de dados/variáveis selecionadas

A partir do banco de dados disponibilizados na Internet pelo Ministério da Saúde – DATASUS, foram colhidas as seguintes informações (Quadro 1):

Quadro 1 - Variáveis selecionadas, com as respectivas fontes e definição operacional.

Variável	Descrição da variável	Forma de medida/fonte
População por sexo e faixa etária	Total da população residente no ano de 2000, por município	População por sexo e faixa etária Fonte: IBGE
Mortalidade por local de residência	Proporção de mortes ocorridas segundo grandes grupos de causas em cada município do Estado de acordo com o local de residência,	(coeficiente de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos padronizada para os anos de 1998-1999-2000; Indicador de Swaroop & Uemura; coeficiente de mortalidade geral por 1000 habitantes padronizado para os anos de 98-99-00; % de óbitos por causas mal definidas sobre o total de óbitos para o ano 2001; % óbitos por doenças infecto - parasitárias e respiratórias sobre o total de óbitos com causa definida; % óbitos por causas externas sobre o total de óbitos com causa definida; % óbitos por doenças crônico-degenerativas sobre o total de óbitos com causa definida; % óbitos por causas evitáveis padronizada para os anos de 98-99-00 sobre o total de óbitos com causa definida; obtidos do SIM (sistema de

		Informação de mortalidade)
Serviços médicos	Número de serviços médicos ofertados por município; referem-se à capacidade de atender a saúde da população	Numero de consultas médicas/habitante/ano para o ano 2000; Número de consultórios médicos para o ano de 1999; Número de centros de saúde em julho do ano 2000; Número de leitos hospitalares no ano 2000; Fonte: DATASUS
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M)	Indicador social, mede o grau de Desenvolvimento social no ano de 2000	IDH - Nível Municipal Fonte: ONU/United Nations Development Programme
Recurso total do SUS	Total de transferências federais para o SUS para o ano de 2001, por município (segundo o critério de período de competência)	Transferências federais totais do SUS em reais, dividido pelo tamanho da população. Fonte: DATASUS

5.6. Limitações

Potenciais desvantagens residem no sub - registro, inexatidão dos registros, falta de padronização e a representação média dos dados.

A fim de assegurar a comparabilidade, os indicadores que foram propostos foram submetidos às técnicas de padronização e procedimentos de controle das mudanças operadas nas normas ou critérios de classificação e registro das causas de óbito e doença.

A padronização pretende que todo o conjunto de observações que foram submetidas a comparação partam dos mesmos níveis e critérios de registro estatístico; foram utilizadas unidades equiparáveis e medidas relativas que tenham sido construídas com base em denominadores populacionais semelhantes.

Constitui uma limitação deste estudo a não avaliação dos componentes do Piso de Atenção Básica (fixo e variável) separadamente; estudou-se o valor repassado do nível federal para a atenção básica nos municípios do Estado.

Outra limitação deste estudo é a não avaliação dos gastos totais em saúde por município, devido a inviabilidade de estimar estes gastos com precisão; por exemplo, a rubrica município ignorado detém recursos importantes cujos padrões de distribuição pela SES-SC não são identificados.

RESULTADOS

6.1 - Dados Demográficos e Socioeconômicos

O Estado de Santa Catarina possuía uma população de 5.356.360 habitantes e um PIB per capita de R\$ 7.902 em 2000 (IBGE).

A Tabela abaixo, mostra a relação do Produto Interno Bruto (PIB per capita) no Estado em comparação a dados nacionais.

Tabela 10: Produto Interno Bruto per capita do Brasil por grandes regiões, Unidades da Federação e Estado de Santa Catarina, 2000.

	PIB per capita (em R\$)
Brasil	6.473
Região Norte	3.907
Região Nordeste	3.014
Região Sudeste	8.774
Região Sul	7.692
Santa Catarina	7.902

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de Contas Nacionais, Contas Regionais do Brasil 2000.

Segundo o IBGE, 73% da população reside em áreas urbanas; a taxa de crescimento demográfico do Estado (1999) foi de 1,8%, situando-se próximo à média nacional (1,6%). A Taxa Bruta de Natalidade para o ano de 1998 foi de 19,1, abaixo dos 21,8 nacionais; sendo a Razão de Sexo 100,1 para o Estado para o ano de 1999.

Tabela 11: Indicadores Demográficos para o Brasil, Região Sul e Estado de Santa Catarina, IDB 2000 - ano de referência 1999

	Taxa de Crescimento	Taxa Bruta de Natalidade (1998)	Taxa de Fecundidade
Brasil	1,6	21,8	2,4
Região Sul	1,4	19,0	2,2
Santa Catarina	1,8	19,1	2,1

Fonte: IBGE

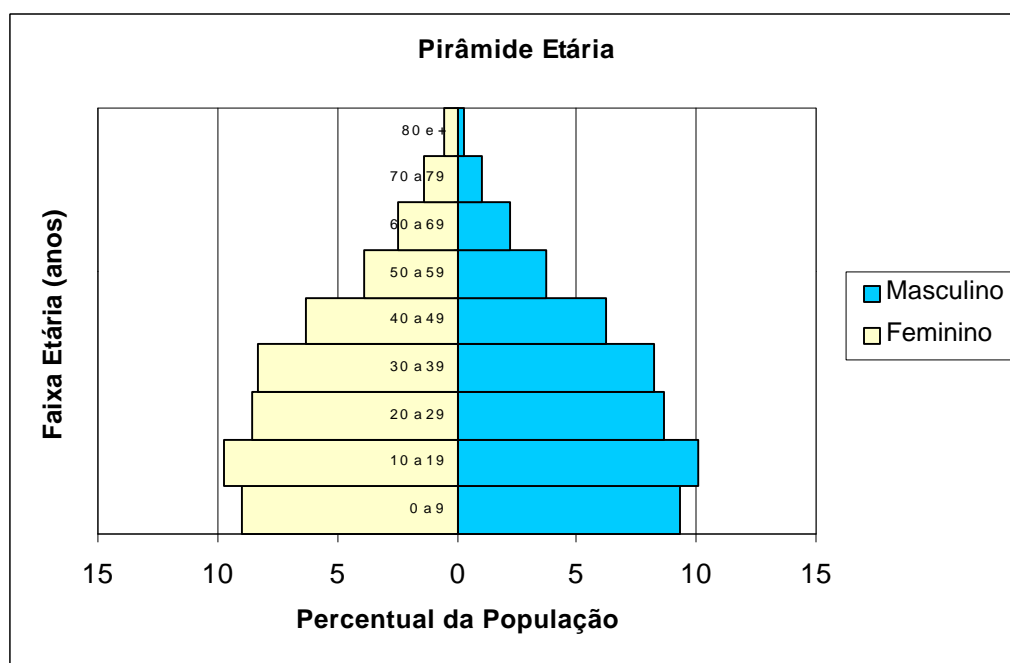
A porcentagem de idosos na população de Santa Catarina, para o ano de 1999, segundo o IBGE, é de 8,0%, próximo aos 8,6% nacionais e 9,2% da região Sul. Apresentando, o Estado uma pirâmide etária do tipo estacionária ou adulta, segundo Sundbarg, caracterizada por baixo coeficiente de mortalidade infantil e coeficiente de natalidade decrescente (LAURENTI, 1987).

Tabela 12: População residente por faixa etária e sexo, Santa Catarina, 2003

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2003			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	49.409	47.307	96.716
1 a 4	204.308	196.823	401.131
5 a 9	270.431	260.429	530.860
10 a 14	279.900	270.246	550.146
15 a 19	284.675	276.263	560.938
20 a 29	483.967	481.547	965.514
30 a 39	460.311	465.597	925.908
40 a 49	347.670	351.754	699.424
50 a 59	210.326	217.382	427.708
60 a 69	123.061	138.636	261.697
70 a 79	60.662	77.898	138.560
80 e +	18.690	29.868	48.558
Ignorada	-	-	-
Total	2.793.410	2.813.750	5.607.160
Razão de sexos			99,28
Razão de dependência			51,12
Índice de envelhecimento			20,14

Fonte: SES-SC

Figura 1: Pirâmide etária, Estado de Santa Catarina, 2003



Outro ponto a ser considerado, na distribuição etária da população, é a consequência que ela traz à força de trabalho, e, conseqüentemente, à capacidade de produção do país, no que diz respeito à relação entre o número de consumidores e produtores.

O Índice de Envelhecimento faz a relação entre o número de pessoas idosas e jovens, para Santa Catarina, este índice encontra-se próximo à média nacional.

Tabela 13: Índice de Envelhecimento/Número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens por ano, segundo Região e UF

Região e UF	1997	1998	1999	2000
Brasil	19,22	20,04	21,01	19,77
Região Norte	10,96	11,17	11,74	9,77
Região Nordeste	17,20	17,24	18,35	17,73
Região Sudeste	23,33	24,34	25,78	23,88
Região Centro-Oeste	12,63	13,98	14,78	14,29
Região Sul	19,21	21,40	21,19	22,60
Santa Catarina	17,03	18,55	17,58	19,10

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD e Censo Demográfico 2000.

Notas:

1. Informações não disponíveis para a área rural de RO, AC, AM, RR, PA e AP para os anos de 1997 a 1999.
2. Utilizada a estrutura etária das PNAD para 1997 a 1999 e do Censo Demográfico para 2000

A Renda per capita para o Estado é de R\$ 159,34 mensais, sendo que 50% dos municípios possuem Renda per capita até R\$ 86,04; o município com menor renda per capita, em 1999, foi Santa Terezinha do Progresso (R\$ 63,44) e o com maior renda per capita, no mesmo período foi Balneário Barra do Sul (R\$ 396,25) (IBGE, 1999).

Segundo o IBGE (1999), a Razão de Renda, ou o número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres, para Estado de Santa Catarina foi de 13,8 vezes; para a Região Sul 16,2 vezes e para o Brasil 17,4 vezes, no mesmo período.

A Taxa de Desemprego (% da população de 10 anos e mais desocupada), segundo a mesma fonte, situou-se em 7,2% para o Estado de Santa Catarina; 8,0% para a Região Sul e 9,6% para o Brasil no ano de 1999.

A Taxa de Pobreza, definida pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) como a disponibilidade de renda familiar per capita inferior a ½ salário mínimo, ou R\$ 65,00 por mês, era de 23,2% para o estado, situando próximo à média nacional, e mais elevada que os demais estados da região. A Taxa de desemprego no estado foi de 7,2% para o ano de 1999 (IBGE, 1999).

Quanto ao porte, segundo o IBGE (2000), 50% dos municípios têm até 7.000 habitantes; sendo considerados como de pequeno porte 182 municípios – 62% do total (até 10.000 habitantes); 100 de médio porte – 34% do total (de 10.000 a 100.000 habitantes) e apenas onze de grande porte – 4% do total (mais de 100.000 habitantes); o menos habitado, Lajeado Grande com 1.572 habitantes e o mais habitado, Joinville, com 429.604 habitantes.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,709 para o Estado, considerado médio; 50% dos municípios têm IDH acima de 0,680; sendo o município com menor IDH Cerro Negro (0,598) – considerado médio; e com IDH mais elevado Florianópolis (0,828) - considerado alto; apenas quatro municípios possuem IDH considerado alto, são eles: Florianópolis, Blumenau (0,813), Jaraguá do Sul (0,805) e Joaçaba (0,814) (PNUD, 2000).

A Taxa de Alfabetização do Estado como um todo é de 94,3% (IBGE); 75% dos municípios atingem 90% de Taxa de Alfabetização, sendo o município com a menor Taxa de Alfabetização Cerro Negro (78,8%) e com a maior Taxa, Jaraguá do Sul (97,4%) (PNUD,2000).

A Expectativa de Vida ao Nascer (EVN) para o Estado situou-se em 71,34 anos, acima dos 68,55 anos da média nacional (IBGE, 2000), sendo que para 75% dos municípios esta se encontra acima de 68 anos e em 25% dos municípios do Estado supera os 72 anos de idade, sendo o município com menor EVN Coronel Martins (61,88) e com EVN mais elevada, Indaial e Rio do Sul (74,10) (PNUD, 2000).

Em 2000, 73% da população do Estado tinham acesso à água, sendo 73% abastecidos com água proveniente da rede geral, 24% de poço ou nascente; quanto à instalação sanitária, no mesmo período, 19% eram servidos por rede geral de esgoto, 53% por fossa séptica e 19% por fossa rudimentar, sendo que apenas 1,6% da população não dispunha de instalação sanitária no Estado como um todo (Tabelas 14,15 e 16).

Tabela 14: População servida com rede de abastecimento de água, coberta com esgoto sanitário e coberta com coleta de lixo, segundo Região, Santa Catarina, Brasil, 2000

Região e UF	% serv rede geral	% serv esgoto	% serv coleta
TOTAL	75,83	59,15	76,42
Região Norte	47,12	33,48	54,81
Região Nordeste	64,64	35,98	58,07
Região Sudeste	87,66	80,95	89,43
Região Centro-Oeste	72,84	40,20	81,57
Região Sul	79,11	62,24	82,49
Santa Catarina	73,27	72,12	81,76

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD e Censo Demográfico 2000

6.2 - Dados de Mortalidade

Os dados de mortalidade contribuem para o conhecimento dos níveis de saúde da população e fornecem subsídios para os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de atenção à saúde dos diversos segmentos populacionais (MS, 2000).

O perfil de mortalidade da população brasileira tem passado por transformações, destacando-se a queda dos óbitos infantis, a redução relativa de óbitos por doenças infecciosas e o aumento das mortes por doenças crônico-degenerativas. Em 1999, foram registrados 938.658 óbitos no Brasil, uma taxa bruta de 6,8 óbitos por mil habitantes.

Com tendência constante de queda, a mortalidade infantil atingiu, em 1999, 31,8 óbitos por mil nascidos vivos, com maior participação do componente neonatal (20,1 por mil). Apesar do declínio em todas as regiões, os valores médios ainda são elevados, sendo maiores no Nordeste (52,4) e no Norte (33,9). As menores taxas encontram-se nos Estados das Regiões Sul e Sudeste, com destaque para o Rio Grande do Sul, com 15,1 óbitos por mil nascidos vivos.

A mortalidade proporcional por causas mal - definidas no país é de 15%. Situações como a da Região Nordeste (30%) e a do Estado do Maranhão e Paraíba com, respectivamente, 40% e 53% de óbitos desse tipo, indicam deficiência no preenchimento dos atestados de óbito e precariedade de recursos médico-assistenciais. Elevados percentuais de causas mal - definidas prejudicam a análise da distribuição das causas de óbito.

As doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbitos no país (32%) e em todas as regiões, seguidas pelas causas externas (15%), neoplasias (15%) e doenças do aparelho respiratório (11%). Entre 1980 e 1999, observaram-se aumento na proporção destas causas e diminuição das doenças infecciosas e parasitárias – de 9% para 6% – e das afecções originadas no período perinatal – de 7% para 5%.

Os óbitos por causas externas têm registrado crescimento, com uma sobremortalidade masculina mais acentuada entre os jovens. Em 1999, ocorreram 116.894 mortes por essas causas, no país, ou seja, 71 óbitos por 100 mil habitantes, sendo que as maiores taxas encontram-se nas Regiões Sudeste (87,3) e Centro-Oeste (80,2). Os homicídios ocupam o primeiro lugar no Norte, Nordeste e Sudeste, enquanto os acidentes de transporte predominam no Sul e há um equilíbrio entre esses dois tipos de causas no Centro-Oeste.

As neoplasias malignas, genericamente chamadas de câncer, vêm aumentando à medida que ocorrem o controle progressivo de outras doenças e o conseqüente envelhecimento populacional. Em 1999, a taxa de mortalidade por estas causas foi de 70 óbitos por 100 mil habitantes, com maior incidência nas Regiões Sul e Sudeste, que registraram 89 e 102 óbitos por 100 mil habitantes, respectivamente. Em relação a 1980, houve crescimento nas taxas padronizadas de neoplasias de mama, de próstata e de pulmão, traquéia e brônquios.

O envelhecimento da população tem ainda como efeito o aumento da mortalidade por diabetes melito, que, em 1999, apresentou uma taxa de 19,3 óbitos por 100 mil habitantes, com valores maiores para as mulheres (22,1) do que para os homens (16,4).

A mortalidade masculina por Aids (9,3 óbitos por 100 mil homens) é quase três vezes maior do que a feminina (3,6). A Aids assumiu importância entre as causas de morte nos anos 90, no entanto, após a adoção da terapia de medicamentos antiretrovirais, com distribuição gratuita, tem-se observado tendência de redução nesse tipo de mortalidade. Em 1999, ocorreram 6,4 óbitos por 100 mil habitantes, com taxas mais elevadas nas Regiões Sul (8,0) e Sudeste (9,7).

No Estado de Santa Catarina, a proporção de óbitos em menores de um ano, em 1999, foi de 5,82%; próximo à média regional e abaixo dos 7,44% da média nacional.

Tabela 15: Proporção de óbitos em menores de um ano(%) e Índice de Swaroop e Uemura, por Região, Santa Catarina e Brasil, 1999

Região/UF	Proporção de óbitos < 1 ano	Proporção de óbitos 50 anos e +
Região Norte	15,47	52,8
Região Nordeste	10,74	64,19
Região Centro Oeste	8,34	60,6
Região Sudeste	5,63	67,9
Região Sul	5,40	72,66
Santa Catarina	5,82	70,80
Brasil	7,44	66,62

Fonte: MS/CENEPI/SIM

A mortalidade proporcional para o grupo de 50 anos e mais, Indicador de Swaroop e Uemura foi de 70,80% no mesmo período, classificando o Estado como de 2º nível, para este indicador.

Tabela 16: Proporção de óbitos (%) segundo Faixa Etária, Santa Catarina, 1999

Faixa Etária	Proporção de óbitos (%)
TOTAL	100,00
Menor 1 ano	5,82
1 a 4 anos	0,93
5 a 14 anos	1,20
15 a 24 anos	3,74
25 a 34 anos	4,91
35 a 44 anos	7,75
45 a 54 anos	10,62
55 a 64 anos	15,13
65 a 74 anos	20,56
75 ou mais	29,37

Fonte: Ministério da Saúde/Funasa/CENEPI - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Analisando-se a distribuição da mortalidade por causas mal definidas no ano de 1999 para o Estado de Santa Catarina temos 14,2% do total de óbitos, próximo à média nacional no mesmo período (14,9%) e bastante acima da média da Região Sul (7,7%), segundo o SIM/SC.

Analisando a Tabela 17, verificamos que as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbitos no Estado (31,9%), seguidas pelas neoplasias (18,6%) e causas externas (14,2%), e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (5,2%) e doenças do aparelho digestivo (5,2%) (Tabela 19).

Os óbitos por causas externas apresentam uma sobremortalidade masculina mais acentuada, seguindo a tendência nacional. Em 2001, ocorreram 3.485 mortes por essas causas, no Estado, ou seja, 61,67 óbitos por 100 mil habitantes, sendo que 2.832 destes ocorreu na população masculina, 101,38 óbitos por 100 mil habitantes do sexo masculino (Tabela 17).

Tabela 17: Mortalidade proporcional por grupo de causas (CID 10) e sexo, para o Estado de Santa Catarina, 2002

Grupo de Causas	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Doenças do aparelho circulatório	4.125	28,3	3.708	37,1	7.836	31,9
Neoplasias (tumores)	2.730	18,7	1.855	18,5	4.585	18,6
Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios)	2.838	19,5	647	6,5	3.485	14,2
Doenças do aparelho respiratório	1.687	11,6	1.127	11,3	2.814	11,4
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	477	3,3	798	8,0	1.275	5,2
Doenças do aparelho digestivo	779	5,3	425	4,2	1.204	4,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	675	4,6	417	4,2	1.092	4,4
Algumas afec originadas no período perinatal	398	2,7	294	2,9	692	2,8
Doenças do aparelho geniturinário	197	1,4	190	1,9	388	1,6
Doenças do sistema nervoso	268	1,8	212	2,1	480	2,0
Demais Causas (definidas)	404	2,8	329	3,3	735	3,0
Sub-Total (definidas)	14.578	100,0	10.002	100,0	24.586	100,0
Mal Definidas	1.740	10,7	1.431	12,5	3.171	11,4
Total	16.318	100,0	11.433	100,0	27.757	100,0

Fonte: SIM/SES/SC

Fontes:

MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;
IBGE/Estimativas demográficas

O envelhecimento da população tem efeito no aumento da mortalidade por diabete melito, que, em 1996, apresentou uma taxa de 15,3 óbitos por 100 mil habitantes, em 2002 apresentou uma taxa de 19,3 óbitos por 100.000 habitantes (Tabela 18).

A mortalidade por Aids têm se mantido constante no período analisado, e acima da média nacional dada a elevada incidência desta no Estado (Tabelas 18 e 19).

Tabela 18: Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas para o Estado de Santa Catarina, período de 1996 a 2002

Coeficiente de Mortalidade para algumas Causas selecionadas (/100.000 habitantes)							
Causa do Óbito	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Aids	8,6	8,2	8,0	8,7	8,5	8,5	8,6
Tuberculose	1,4	1,7	1,1	1,2	1,0	1,0	1,0
Neoplasia maligna de traquéia, brônquios e pulmão	10,8	11,3	11,5	12,1	12,3	12,8	12,2
Infecções intestinais	3,5	2,8	2,9	2,6	2,4	2,0	1,5
Doenças isquêmicas do coração	49,1	46,2	47,4	48,6	45,7	44,2	44,9
Doenças cerebrovasculares	56,8	55,0	57,5	56,7	51,1	49,1	47,7
Diabetes mellitus	15,3	15,7	17,6	18,9	18,1	18,8	19,3
Acidentes de transporte	38,9	35,5	26,2	28,1	26,2	26,6	28,9
Homicídios	8,1	8,1	7,7	7,1	7,6	8,2	10,0
Suicídios	7,7	8,2	7,9	7,5	7,9	8,4	7,9
Gravidez, parto e puerpério ¹	40,9	43,2	38,8	41,5	35,1	35,3	32,3
Neoplasia maligna da mama ²	7,9	9,3	9,8	9,1	9,9	9,3	10,0
Neoplasia maligna do colo do útero ²	3,9	4,7	4,5	5,3	4,9	4,4	3,9

Fonte: SIM – SES/SC

1: por 100.000 nascidos vivos

2: por 100.000 mulheres

Tabela 19: Taxa de incidência de AIDS (por 100.000 habitantes) segundo Região, Brasil, 2000

REGIÃO	TAXA DE INCIDÊNCIA
Brasil	8,84
Região Norte	2,16
Região Nordeste	3,54
Região Sudeste	11,86
Região Centro-Oeste	4,86
Região Sul	15,50
Santa Catarina	21,04

Fonte: Ministério da Saúde/SPS/Coordenação Nacional de DST/AIDS

Quanto à mortalidade por causa externa (Tabela 18), chama atenção o elevado número de suicídios (7,9 por 100.000 habitantes, para o ano de 2000) quando comparamos com a média nacional (3,98 por 100.000 habitantes para o ano 2000) (Tabela 20).

Tabela 20: Taxa de Suicídios segundo Região (óbitos por 100.000 habitantes), Brasil, 2000

Região	Tx suicídios
TOTAL	3,98
Região Norte	2,38
Região Nordeste	2,37
Região Sudeste	3,52
Região Centro-Oeste	5,44
Região Sul	8,48
Santa Catarina	7,90

Fonte: Ministério da Saúde/Funasa/CENEPI - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Na Tabela 21 observamos o coeficiente por grupo de causas evitáveis para o Estado.

Tabela 21: Coeficiente de Mortalidade por grupo de causas evitáveis para o Estado de Santa Catarina, período de 1996 a 2002

Grupo de causas evitáveis	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
01 Reduzíveis por imunoprevenção	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
02 Reduzíveis por adequado controle na gravidez	2,9	2,6	2,5	2,7	2,8	2,7	2,8
03 Parcial/ Red.por adequado cont. na gravidez	0,0	0,3	0,4	0,1	0,0	0,1	0,1
04 Reduzíveis por adequada atenção ao parto	0,7	0,9	0,8	1,8	0,9	0,7	1,1
05 Reduzíveis por diag.e tratamento precoces	8,4	8,5	7,9	7,2	7,3	7,6	7,9
06 Parcialmente Red. por Diag. e Trat. Precoces	1,6	1,7	1,5	1,2	1,4	1,3	1,2
07 Não Evitáveis	1,6	2,1	1,5	1,2	1,4	1,1	0,9
08 Mal Definidas	1,3	0,9	1,7	1,6	1,5	1,2	1,4
Todas as Outras	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1

Fonte: SIM/SC

Na Tabela 22 observamos o Coeficiente de Mortalidade Infantil para Santa Catarina no ano 2000 em comparação com dados nacionais.

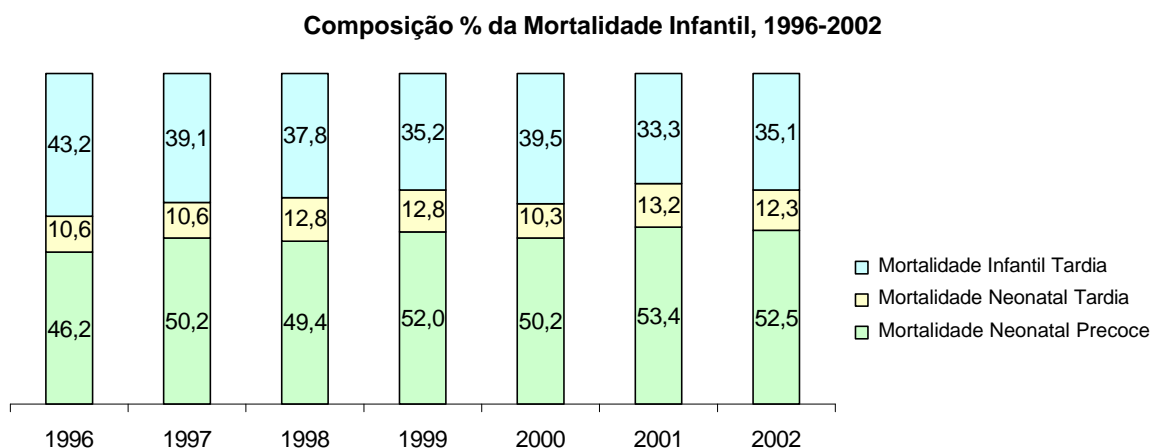
Tabela 22: Indicadores de Mortalidade Infantil e seus componentes para o Brasil, Região Sul e Estado de Santa Catarina – IDB 2000 (Ano de Referência – 1998)

Região/UF	Coeficientes de Mortalidade por 1000 Nascidos Vivos			
	Infantil	Neonatal Precoce	Neonatal Tardia	Infantil Tardia
Brasil	33,1	15,6	4,2	13,3
Sul	18,7	8,8	2,4	7,6
Santa Catarina	17,0	8,2	2,2	6,5

Fonte: IBGE (2000)

Na Figura 2 observamos o Coeficiente de Mortalidade Infantil e seus componentes para o Estado de Santa Catarina no período 1996 a 2002.

Figura 2: Composição da Mortalidade Infantil no Estado de Santa Catarina (%) para o período 1996 a 2002.



Analisando os coeficientes de mortalidade infantil padronizados apresentados pelos municípios do Estado de Santa Catarina, no período 1998 – 2000, observamos que a mediana para o Estado situou-se em 20,61 (por mil nascidos vivos); o município com coeficiente de mortalidade infantil padronizado mais elevado, para o período 1998-2000, foi Flor do Sertão (70,21 óbitos por mil nascimentos).

Na tabela abaixo observamos as condições de nascimento no Estado.

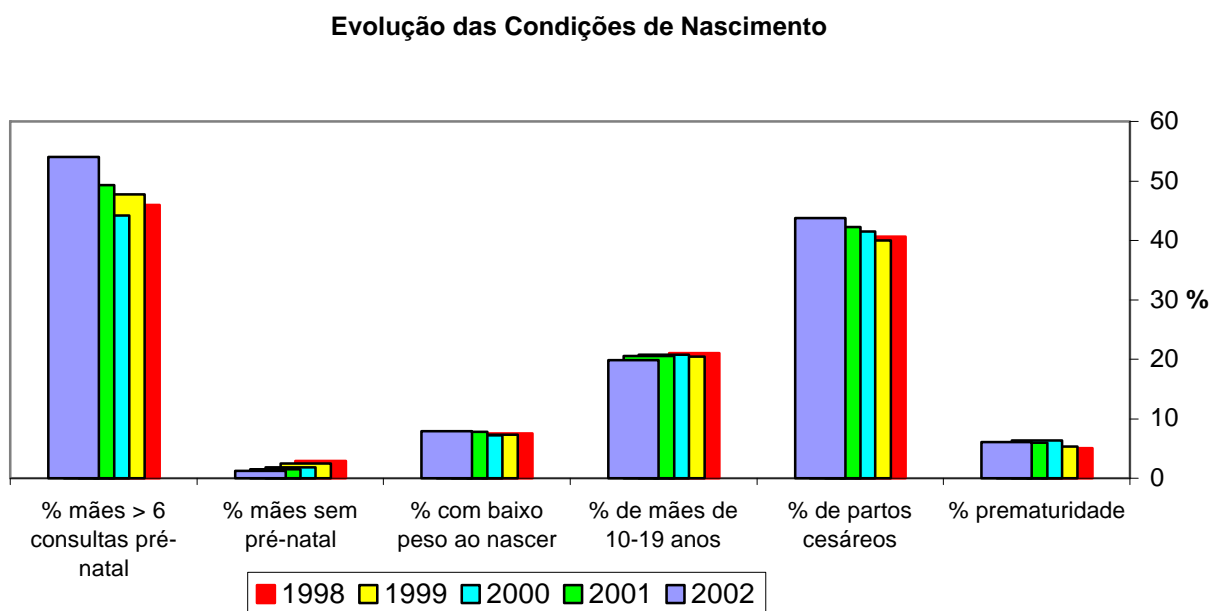
Tabela 23: Condições de nascimento para o Estado de Santa Catarina, ano de 2002.

CONDIÇÕES	2002
% prematuridade	6,0
% de partos cesáreos	43,7
% de mães de 10-19 anos	19,8
% de mães de 10-14 anos	0,7
% com baixo peso ao nascer	7,9
- partos cesáreos	8,2
- partos vaginais	7,6
% mães sem pré-natal	1,2
% mães > 6 consultas pré-natal	54,1

Fonte: SINASC/SES Santa Catarina

No gráfico abaixo observamos a evolução das condições de nascimento no Estado de Santa Catarina no período de 1998 a 2002.

Gráfico 1: Evolução das condições de nascimento no Estado de Santa Catarina, ano de 2002.



6.3 - Recursos físicos para a Saúde

O conhecimento das características e da distribuição de recursos físicos, na área de saúde, fornece subsídios para o planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde e para direcionar investimentos em equipamentos e ampliação e/ou reorganização da rede de serviços (MS, 2000).

Os dados sobre a rede de serviços ambulatoriais e hospitalares e equipamentos existentes, provêm de duas fontes de informações, a pesquisa Assistência Médico-Sanitária – AMS, da Fundação IBGE, que investiga a totalidade de estabelecimentos de saúde do país; e os sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares do SUS – SIA e SIH –, que cadastram exclusivamente a rede de prestadores de serviços do SUS.

A AMS contabilizou, em 1999, 55.226 estabelecimentos de saúde no país, sendo 73% sem internação, 14% com internação e 13% de apoio à diagnose e terapia. A maior concentração está na Região Sudeste (38%), destacando-se os Estados de São Paulo (16%) e Rio de Janeiro (13%). As Regiões Centro-Oeste e Norte detêm parcelas menores, com, respectivamente, 7% e 8% do total.

Os dados da AMS, para 1999, indicam a manutenção do predomínio do setor privado na oferta de leitos (70%), porém, boa parte destes está disponível

aos pacientes do SUS. Em termos regionais, a rede privada destaca-se nas Regiões Sul e Sudeste, com, respectivamente, 80% e 74% do total de leitos destas áreas.

Na rede hospitalar do SUS, em 2001, o Brasil contava com 486 mil leitos em hospitais vinculados ao SUS – 2,8 por mil habitantes. Do total, 65% estão em hospitais da rede privada, 26% da pública e 9% da universitária.

Entre 1996 e 2001, houve, em números absolutos, redução no total de leitos, ocasionando discreta retração no coeficiente por mil habitantes. A diminuição no número de leitos, que vem ocorrendo ininterruptamente, ao longo dos anos 90, mostra coerência com a diretriz de mudança no modelo assistencial (MS, 2000).

A oferta de leitos, por mil habitantes, é maior no centro-sul, com valores mais elevados na Região Centro-Oeste (3,3 leitos), com destaque para Goiás (4,3). O valor mais baixo é da Região Norte (1,9), sendo que a menor oferta ocorre no Amazonas (1,6). Verifica-se tendência de maior disponibilidade nas capitais dos Estados, com exceção de Palmas, Rio de Janeiro, São Paulo e Campo Grande, com coeficientes abaixo das respectivas médias estaduais.

As Tabelas 24 e 25 mostram a concentração de leitos hospitalares (por mil habitantes) para o Estado de Santa Catarina em comparação com dados nacionais e regionais.

Tabela 24: Indicadores de recursos, Brasil, Região Sul e Santa Catarina, 1999.

Região e UF	Leitos Hospitalares (/1.000 hab)	Leitos Hospitalares SUS (/1.000 hab)	Leitos Hospitalares (/1.000 hab)
	Públicos	Privados	Total
Brasil	0,9	2,1	3,0
Região Sul	0,7	2,6	3,3
Santa Catarina	0,9	2,3	3,1

Fonte: IBGE – IDB 2000

Tabela 25: Leitos hospitalares/1.000 habitantes, segundo Região, Santa Catarina, Brasil, 1999

Região	Leitos/1000 hb
TOTAL	2,8
Região Norte	1,9
Região Nordeste	2,7
Região Sudeste	2,9
Região Centro-Oeste	3,3
Região Sul	3,3
Santa Catarina	3,1

Fonte: Ministério da Saúde/SE/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A Tabela 26 mostra a oferta de leitos hospitalares por tipo para o Estado no ano de 2003.

Tabela 26: Leitos Hospitalares (por 1.000 habitantes) por tipo para o Estado de Santa Catarina, 2003

Leitos por tipo	Leitos por 1.000 habitantes
Leitos de UTI	0,1
Leitos de Clínica Médica	1,0
Leitos de Clínica Cirúrgica	0,4
Leitos de obstetrícia	0,3
Leitos de Pediatria	0,5
Total	2,6

Fonte: SIA/SUS

Comparando os totais das duas tabelas, observamos uma redução no número de leitos hospitalares no Estado no período estudado 1999-2003.

Tabela 27: Número de Hospitais no Estado de Santa Catarina segundo natureza do Prestador, 2003

Natureza do prestador	Número de Hospitais
Público	21
Privado	56
Filantropico	129
Universitário	9
TOTAL	215

Fonte: SIA/SUS

A rede ambulatorial do SUS integrava 61 mil unidades, em 2001, 77% de natureza pública, 23% da privada e apenas 0,5% da universitária. O setor público predomina em todo o país, com participação bem acima da média na Região Norte (88%) e inferior na Sul (66%).

A Tabela 28 mostra a proporção de Unidades por tipo para o Estado para o ano de 2003.

Tabela 28: Número e proporção de Unidades por tipo de Unidade para o Estado de Santa Catarina, 2003.

Número e Proporção de Unidades por Tipo de Unidade - 2003		
Tipo de Unidade	Unidades	%
Posto de Saúde	329	9,7
Centro de Saúde	1.070	31,7
Policlínica	115	3,4
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	139	4,1
Ambulatório de Unidade Hospitalar Especializada	11	0,3
Unidade Mista	22	0,7
Pronto Socorro Geral	8	0,2
Pronto Socorro Especializado	2	0,1
Consultório	104	3,1
Clínica Especializada	92	2,7
Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial	28	0,8
Centro/Núcleo de Reabilitação	23	0,7
Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia	196	5,8
Unid. Móvel Terrestre p/Atend. Médico/Odontológico	62	1,8
Unid.Móvel Terr.Prog.Enfrent.às Emergênc.e Traumas	17	0,5
Farmácia para Dispensação de Medicamentos	-	-
Unidade de Saúde da Família	694	20,6
Centro Alta Complexidade em Oncologia III	1	0,0
Centro Alta Complexidade em Oncologia II	-	-
Unidades de Vigilância Sanitária	171	5,1
Unidades não Especificadas	291	8,6
Outros códigos	-	-
Total	3.375	100,0

Fonte SIA/SUS

6.4 - Produção de serviços de saúde

No âmbito do SUS, em 2001, foram realizados 1,9 bilhão de procedimentos ambulatoriais, englobando diferentes graus de complexidade, da consulta médica e da cirurgia ambulatorial, até o radiodiagnóstico e a quimioterapia. Desse total, 62% são de atenção básica, 31% de média complexidade e 7% de alta. O setor público responde quase que integralmente pela atenção básica (96%) e pela maior parte dos procedimentos de média (57%) e alta complexidades (73%).

Em 2001, foram realizadas 2,4 consultas por habitante no SUS, sendo que a maior concentração encontra-se na Região Sudeste (2,8) e a menor na Norte (1,6). Dentre as capitais, sobressaem São Luís e Vitória, com 4,6 e 4,9 consultas por habitante/ano.

Tabela 29: Número de consultas médicas (SUS) por habitante, segundo Região, 2000

Região	Consultas/hab.
TOTAL	2,33
Região Norte	1,54
Região Nordeste	2,10
Região Sudeste	2,69
Região Centro-Oeste	2,08
Região Sul	2,23
Santa Catarina	2,36

Fonte: Ministério da Saúde/SE/DATASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Já os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referentes apenas aos planos e seguros privados, indicam cobertura de 17% da população, em 2001, com destaque para a Região Sudeste (28%). As informações referem-se ao conjunto de 2.708 operadoras registradas na ANS, ressaltando-se que o segmento de medicina de grupo responde por pouco mais de um terço.

No período 1996-2000, o Brasil aumentou a cobertura vacinal em crianças menores de um ano. Em 2000, a cobertura das vacinas contra sarampo, poliomielite e tuberculose (BCG) estava em torno de 100% em todas as regiões. O mesmo comportamento observa-se para a vacina DPT (difteria, coqueluche e tétano), à exceção da Região Norte, com cobertura de 77%.

A Tabela 30 mostra a cobertura vacinal para o Estado em comparação a dados nacionais.

Tabela 30: Cobertura Vacinal para o Brasil, Região Sul e Estado de Santa Catarina, em %, 1999.

Região/UF	DPT	Sarampo	Poliomielite	BCG	Hepatite B
Brasil	94,3	99,2	98,8	117,1	83,4
Região Sul	93,7	95,7	93,6	106,9	102,8
Santa Catarina	92,2	94,3	92,9	100,1	86,4

Fonte: SES/SC

No Estado de Santa Catarina, para o ano 2000, a média da cobertura vacinal foi 90,64% (DPT, Sarampo, Poliomielite, BCG, Hepatite B) sendo que 50% dos municípios atingiram 89,95% de cobertura (MS, 2000). Sendo o município com menor cobertura vacinal (DPT, Sarampo, Poliomielite, BCG, Hepatite B), em 2000, Bandeirante (38,26%).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, em 1998, 24% dos brasileiros possuíam planos e seguros de saúde privados ou de assistência ao servidor público. A Região Sudeste registrou a maior cobertura (33%), sobressaindo a Região Metropolitana de São Paulo (45%), enquanto as menores taxas foram observadas no Nordeste (12%) e Norte (17%), ressaltando-se que esta última região apresenta informações apenas para a população urbana. Observa-se que o grau de cobertura aumenta de acordo com a

escolaridade da população, variando de 7% para os que têm menos de um ano de estudo até 73% para a população com mais de 11 anos de estudo.

6.5 - Recursos Humanos para a Saúde

Os dados de recursos humanos oferecem subsídios para o planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde e de formação de profissionais (MS,2000). Apresentamos dois grupos de dados: o número de profissionais de saúde registrados nos respectivos conselhos de classe e o contingente de pessoal que atua em estabelecimentos de saúde, levantado pela pesquisa Assistência Médico-Sanitária – AMS, da Fundação IBGE. O primeiro grupo permite verificar a disponibilidade de profissionais no país e o segundo, o volume e as características ocupacionais dos que estão atuando nos estabelecimentos de saúde.

Dos profissionais registrados nos Conselhos, em 2001, os maiores contingentes são os de auxiliares de enfermagem (448 mil) e de médicos (328 mil), seguidos, num patamar menor, pelos de cirurgiões-dentistas (145 mil) e enfermeiros (90 mil). Vale ressaltar a relação médico/enfermeiro, com uma sobreoferta de médicos três vezes maior.

A análise da distribuição espacial confirma a desigualdade regional, com maior concentração de profissionais no centro-sul do país. O Brasil tem 1,9 médico por mil habitantes, e as Regiões Norte e Nordeste reúnem os Estados com os menores coeficientes, com até 1 médico por mil habitantes. O Distrito Federal e o Rio de Janeiro apresentam os maiores coeficientes do país, 5,5 e 4,2 médicos por mil habitantes, respectivamente. A média de auxiliares de enfermagem do país é de 2,6 para cada mil habitantes, no entanto, o menor coeficiente, 1,5 na Região Norte, está abaixo da metade do verificado na Região Sudeste (3,6).

O setor saúde tem uso intensivo de mão-de-obra, demandando contínua reposição e ampliação dos quadros. O emprego nessa área tem mostrado crescimento importante desde a década de 70 e, de forma marcante, nos anos 90, no âmbito do setor público.

Em 1999, a AMS contabilizou 1,8 milhão de postos de trabalho distribuídos em estabelecimentos de saúde no país – a maioria na rede hospitalar. Esse resultado aponta um crescimento de 31% em relação à pesquisa anterior de 1992, e a Região Sudeste acumula 50% – situação condizente com sua concentração histórica de recursos de assistência à saúde.

Dentre o pessoal ocupado predominam os profissionais de nível superior (35%). Os outros grupos de ocupação respondem por: 27% de nível técnico e auxiliar, 10% de qualificação elementar e 27% de pessoal administrativo. Dos profissionais de nível superior, a maior participação, no total de ocupados, encontra-se na Região Sudeste (39%) e a menor, na Norte (24%).

Na Tabela 31 observamos o percentual de pessoal com nível superior aos demais trabalhadores da saúde para o Estado de Santa Catarina em comparação a dados nacionais e regionais.

Tabela 31: Pessoal de nível superior ocupado nos estabelecimentos de saúde em relação ao número total de pessoal (%) para o Brasil, Região Sul e Estado de Santa Catarina, 1999

Brasil	35,2%
Região Sul	37,5%
Santa Catarina	36,8%

Fonte: Conselhos federais, MS/Coordenadoria Geral de Recursos Humanos do SUS CGRH - SUS

A Tabela 32 nos mostra o número de profissionais de nível superior no Estado de Santa Catarina em comparação com dados nacionais e regionais.

Tabela 32: Trabalhadores da saúde de nível superior em números absolutos e por 1.000 habitantes para o Brasil, Região Sul e Estado de Santa Catarina, 1999

	Número de profissionais	Por mil habitantes
Brasil	665.512	4,05
Região Sul	98.682	4,03
Santa Catarina	18.231	3,57

Fonte: Conselhos federais, MS/Coordenadoria Geral de Recursos Humanos do SUS CGRH - SUS

A melhoria do nível de qualificação do pessoal que atua na área de saúde, especialmente na área de enfermagem, é objetivo constante das políticas de recursos humanos. Algumas regiões, no entanto, ainda contam com parcelas significativas de pessoal de qualificação elementar, como a Norte e a Nordeste, com 19% e 17% do total de pessoal ocupado, respectivamente. Nesse grupo de ocupações, o maior número de pessoas enquadra-se como agentes comunitários de saúde, atendentes de enfermagem e auxiliares e operadores de serviços diversos e assemelhados.

A Tabela 33 mostra os profissionais de nível superior segundo categoria profissional para o Estado de Santa Catarina em comparação a dados nacionais e regionais.

Tabela 33: Profissionais de nível superior registrados nos conselhos federais segundo categoria profissional, para o Brasil, Região Sul e Estado de Santa Catarina (por 1.000 habitantes), 2000.

	médicos	Odontólogos	enfermeiros	nutricionistas
Brasil	1,9	0,9	0,5	0,2
Região Sul	1,8	0,9	0,6	0,3
Santa Catarina	1,5	0,8	0,5	0,1

Fonte: Conselhos federais, MS/Coordenadoria Geral de Recursos Humanos do SUS CGRH - SUS

A esfera pública emprega a maior parcela do pessoal ocupado em estabelecimentos de saúde (53%), com destaque para as prefeituras que respondem por 33% do total. O setor público está presente de forma mais significativa nas Regiões Norte (72%) e Nordeste (65%), prevalecendo a participação da esfera municipal. Destaquem-se os Estados de Roraima e Acre,

onde a esfera pública conta com 89% e 84% do pessoal, salientando-se, porém, que o maior empregador é o governo estadual.

A maior presença da esfera municipal como empregadora é decorrente do processo de descentralização de ações e serviços de saúde que, ao longo da década de 90, levou municípios a ampliarem sua rede de serviços e o quadro de recursos humanos, tanto os próprios como daqueles profissionais dos Estados e da União que passaram a prestar serviço nas prefeituras.

O setor privado, que responde por 47% do pessoal ocupado, está mais presente no Sul e Sudeste com, respectivamente, 55% e 53% do total. Destaca-se, ainda, o Rio Grande do Sul com a maior participação dentre as Unidades da Federação na esfera privada (61%).

No Estado de Santa Catarina, o setor privado responde por 46% do pessoal ocupado; o setor público responde por 54%, 4,2% na esfera federal, 15,3% na esfera estadual e 34,6% na esfera municipal.

6.6 - Recursos financeiros para o SUS em Santa Catarina

Os dados referentes à execução orçamentária das despesas do Ministério da Saúde permitem conhecer a dimensão do gasto público em saúde e seus componentes e servem para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde, de forma geral, e especificamente, de assistência médico-hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (MS, 2000).

Analisando a execução orçamentária das despesas do Ministério da Saúde, observamos que este passou de R\$ 14,9 bilhões, em 1995, para R\$ 26,1 bilhões, em 2001, em reais correntes. A análise dos grupos de despesa mostrou redução da participação dos gastos com pessoal e encargos sociais que, em 1995, representavam 25%, passando para 19%, em 2001. Nesse último ano, verificou-se que o Ministério aportou montante de recursos semelhantes para pessoal ativo e inativo (R\$ 2,6 bilhões e R\$ 2,3 bilhões, respectivamente). Em contrapartida, a proporção com outras despesas de custeio e capital – na qual se incluem a assistência médica e hospitalar, a atenção básica e os gastos com medicamentos – elevou-se de 66% para 80%, no mesmo período.

Dos R\$ 26,1 bilhões gastos pelo Ministério, o maior volume foi empenhado pelo Fundo Nacional de Saúde (R\$ 22 bilhões). O restante foi empenhado pela Fundação Nacional de Saúde – Funasa (R\$ 3,6 bilhões), Fundação Osvaldo Cruz – Fiocruz (R\$ 362 milhões), Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (R\$ 172 milhões) e Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (R\$ 44 milhões).

Uma análise regionalizada mostra que as maiores despesas foram empenhadas nas regiões Sudeste e Nordeste (39 % e 25% da despesa total, respectivamente). As demais regiões responderam por 12% (Sul), 7% (Norte) e 6% (Centro-Oeste), restando 11% classificados como gasto Nacional, que não permite desagregação por região.

Entre os programas desenvolvidos pelo Ministério, receberam aportes mais significativos os de Saúde da Família (R\$ 2,7 bilhões), Prevenção, Controle e Assistência aos Portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e Aids (R\$ 643 milhões), Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis por Vetores (R\$ 640 milhões) e Assistência Farmacêutica (R\$ 351 milhões).

Os Estados mais dependentes de recursos federais no financiamento da saúde são Maranhão (78%), Piauí (76%) e Paraíba (75%). Aqueles em que há maior participação dos governos estaduais são Acre (59%), Amapá (51%) e Amazonas (46%) e, entre os que apresentam maior participação dos governos municipais, destacam-se São Paulo (34%), Minas Gerais (31%) e Mato Grosso do Sul (31%).

A média de recursos do SUS transferidos por habitante para o Estado de Santa Catarina, no ano de 2001, foi de R\$ 44,29, dos quais R\$ 36,00 repassados diretamente aos municípios e o restante repassado a SES-SC. Para 50% dos municípios este valor não ultrapassou os R\$31,34 ; o município que recebeu o menor valor por habitante foi Cerro Negro (R\$12,31) e o que recebeu o maior valor por habitante foi Ipuçu (R\$ 133,36); a Razão entre esses valores foi de 10,83 vezes.

Segundo o MS, no ano 2001 do total de recursos federais do SUS para o Estado de Santa Catarina, 51% foi aplicado na Média e Alta Complexidade, 47,7% aplicado na Atenção Básica e 1,3% aplicado em Ações Estratégicas (Tabela 34).

Tabela 34: Recursos Federais do SUS, segundo tipo de despesa transferidos ao Estado de Santa Catarina, ano 2001.

Tipo de Despesa	Valor dispendido R\$
TOTAL	237.252.845,50
Transferências – média e alta complexidade	121.022.546,55
Transferências – atenção básica	113.063.106,09
Transferências – ações estratégicas	3.167.192,86

Fonte: Ministério da Saúde – SIH/SUS, SAI/SUS e Fundo Nacional de Saúde

As Tabelas 35, 36 e 37 mostram as transferências efetuadas para atenção básica no ano de 2001 para o país, Região Sul e Estado de Santa Catarina.

Tabela 35: Transferências efetuadas para atenção básica, por competência para o Brasil, ano 2001

	Valor dispendido (R\$)	Per capita em R\$
Total	3.624.036.363,69	21,02
	1.759.759.555,12	10,20
Piso de Atenção Básica – fixo		
Programa Agentes Comunitários de Saúde – municipal	302.058.787,94	1,75
Programa Agentes Comunitários de Saúde – estadual	1.428.526,26	0,01
Programa de Saúde da Família – municipal	555.914.955,69	3,22
Programa de Saúde da Família – estadual	2.517.989,00	0,01
Incentivo Ações Básicas Vigilância Sanitária	41.017.122,85	0,23
Incentivo Ações Combate Carências Nutricionais	156.231.621,25	0,90
Incentivo Descentralização Unidades da FUNASA	16.135.547,72	0,09
Farmácia básica municipal	89.898.003,46	0,52
Farmácia básica estadual	76.372.095,97	0,44
Medicamentos saúde mental	2.299.871,14	0,01
Apoio População Indígena	28.048.390,00	0,16
Epidemiologia e Controle de Doenças	505.711.566,89	2,93
Vacinação poliomielite	12.486.254,00	0,07
Incentivo Saúde Bucal	29.686.734,39	0,17
Cadastro Nacional de Usuários do SUS	7.244.941,74	0,04
Projeto Similar ao PSF	274.500,00	0,01
Inc. Adic. Ao Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde	1.990.000,00	0,01
ANVISA - taxa de fiscalização	14.339.999,91	0,08

Fonte: Ministério da Saúde – SIH/SUS, SAI/SUS e Fundo Nacional de Saúde

Tabela 36: Transferências efetuadas para atenção básica, por competência para a Região Sul, ano 2001

	Valor dispendido em R\$	Per capita (R\$)
Total	492.342.292,07	19,34
Piso de Atenção Básica – fixo	266.204.837,98	10,45
Programa Agentes Comunitários de Saúde – municipal	34.696.926,03	1,36
Programa de Saúde da Família – municipal	77.758.781,50	3,054
Incentivo Ações Básicas Vigilância Sanitária	6.015.680,55	0,23
Incentivo Ações Combate Carências Nutricionais	13.693.432,50	0,53
Farmácia básica municipal	19.232.125,93	0,75
Farmácia básica estadual	5.619.721,99	0,22
Medicamentos saúde mental	3.873.790,86	0,15
Apoio População Indígena	5.225.110,00	0,20
Epidemiologia e Controle de Doenças	52.104.464,76	2,04
Vacinação poliomielite	708.083,70	0,02
Incentivo Saúde Bucal	3.706.330,71	0,14
Cadastro Nacional de Usuários do SUS	1.129.806,63	0,04
ANVISA - taxa de fiscalização	2.373.198,93	0,09

Fonte: Ministério da Saúde – SIH/SUS, SAI/SUS e Fundo Nacional de Saúde

Tabela 37: Recursos Federais do SUS para atenção básica transferidos para o Estado de Santa Catarina, ano 2001.

Transferências – atenção básica	Valor dispendido	Per capita R\$
Total	113.063.106,09	21,10
Piso de atenção básica – fixo	53.779.893,92	10,04
Apoio à população indígena	835.330,00	0,15
Cadastro nacional de usuários do SUS	253.650,21	0,04
Epidemiologia e controle de doenças	7.817.004,39	1,45
Farmácia Básica	5.189.835,93	0,96
Incentivo a ações básicas de vigilância sanitária	1.308.130,95	0,24
Incentivo ações combate carência nutricional	2.739.690,00	0,51
Incentivo à saúde bucal	1.739.489,50	0,32
Medicamentos para saúde mental	57.476,82	0,01
Programa agentes comunitários da saúde	11.705.611,37	2,18
Programa de Saúde da Família	27.636.984,00	5,15

Fonte: Ministério da Saúde – SIH/SUS, SAI/SUS e Fundo Nacional de Saúde

No ano de 2001, segundo dados do MS, analisando recursos federais do SUS para a Atenção Básica transferidos aos municípios do Estado de Santa Catarina, o município que recebeu o maior valor para atenção básica foi Florianópolis (R\$ 6.734.269,16) e o que recebeu o menor valor foi Palmeira (R\$ 29.406,67).

Prosseguindo na análise dos recursos federais do SUS para a atenção básica, analisando a média do valor per capita para o Estado de Santa Catarina no ano 2001 temos R\$ 28,85; sendo que em 50% dos municípios este valor não ultrapassou R\$ 26,58. Para 25% dos municípios este valor não ultrapassou R\$ 18,71; e para 25% dos municípios este valor esteve acima dos R\$ 36,88 per capita. O município que recebeu o menor valor per capita foi Balneário Barra do Sul (R\$ 11,46) e o que recebeu o maior valor per capita foi Entre Rios (R\$ 104,93), a razão entre o maior e o menor valor per capita foi 9,1 vezes.

6.7 - Sobre o processo de descentralização da saúde em Santa Catarina

Analisando os dados sobre a organização do sistema de saúde, ou seja, sobre o processo de descentralização dos serviços, das ações de saúde e da configuração do SUS, em 2001, a quase totalidade dos municípios brasileiros (99%) encontrava-se habilitada em uma das duas condições de gestão estabelecidas pela Norma Operacional Básica – NOB/1996, que regula o atual processo de descentralização. Do total de municípios, 89% estavam na condição de Gestão Plena da Atenção Básica e 10% na de Gestão Plena do Sistema. Apesar de a NOB datar de 1996, o processo de habilitação iniciou-se em 1998,

ano em que 85% dos municípios aderiram à Norma, porém, em ritmos diversificados entre as regiões brasileiras, que, conforme a condição de gestão, mostraram variações entre 75% de municípios habilitados, na Norte, e 93%, na Centro-Oeste.

Quanto aos Estados, no mesmo ano, apenas 44% estavam habilitados nas condições da NOB/1996, sendo 26% na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual e 18% na Gestão Avançada do Sistema Estadual. Destaca-se também a diversidade do processo entre as regiões: no Norte, apenas um Estado estava habilitado, enquanto no Sul todos tinham habilitação.

Os conselhos municipais e estaduais de saúde – mecanismos de controle social – estão nacionalmente implantados, com presença em 99,9% dos municípios e na totalidade das Unidades da Federação. Cerca de 11% dos conselhos estaduais, aliás, foram criados antes mesmo da implantação do SUS, sendo que, entre 1990 e 1993, o funcionamento deles passou para 85%, numa das mais importantes etapas da descentralização da saúde, que aconteceu graças ao impulso dado pela edição da Lei Orgânica de Saúde (1990) e da NOB/1993.

O processo de habilitação dos municípios compreende a responsabilidade por ações e serviços de saúde no âmbito local, com co-financiamento das três esferas de governo, conforme estabelece a NOB/1996 e demais atos legais. Os municípios habilitados, além de assumirem a atenção básica, podem também aderir a programas específicos de saúde. Os recursos que co-financiam a atenção básica de saúde são apresentados nas Tabelas 40,41 e 42; especificamente o Piso de Atenção Básica – PAB nas parcelas fixa e variável, esta última destinada ao financiamento de programas específicos.

No atual estágio de descentralização da Saúde, os municípios passam a aderir ao Programa de Ações Básicas de Vigilância Sanitária e, em 2001, 99,6% deles, em todo país, já haviam assumido a responsabilidade pelo seu desenvolvimento. O percentual de adesão a esse Programa é elevado em todas as regiões e, em 19 Estados, chega a 100% dos municípios.

O Estado de Santa Catarina, em relação à condição de Gestão Municipal e Estadual apresentava-se na seguinte situação em 2000:

- 22 municípios (7,51%) encontravam-se na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal;
- 271 municípios (92,49%) encontravam-se na condição de Gestão Plena de Atenção Básica;
- O Estado de Santa Catarina encontrava-se na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual (a partir da portaria/MS no. 1.360, de 09/12/99).

Essas diferentes condições de gestão, estabelecidas pela NOB 01/96 explicitam as responsabilidades do gestor perante outros gestores e a população.

Em termos gerais, descentralização significa transferência do poder central para outras instâncias de poder, constituindo um processo para um novo reordenamento estatal. Sob uma perspectiva progressista, descentralizar implica em transferir competência, visando a democratização da administração pública, o que poderia contribuir para o desenvolvimento de modelos econômicos socialmente mais justos, pela mudança das relações Estado e Sociedade (ESPEZIM, 2000).

Entretanto, descentralizar também constitui instrumento fundamental, segundo MENDES (1993), da proposta neoliberal; embutida em um conjunto mais amplo de reformas econômicas, buscando a racionalização de um aparelho de estado amplo, centralizado e onipresente. As diferenças entre essas duas visões encontram-se, justamente, no modo como se interpreta o papel do Estado, na ordem econômica e social.

ESPEZIM (2000), estudando o processo de descentralização no SUS em Santa Catarina, escreve: “No Estado de Santa Catarina, existe ainda uma forte concentração de poder, apesar da existência de tentativas de planejamento participativo em nível microrregional, a exemplo das Regionais de Saúde, que possuem em sua estrutura organizacional, um setor de planejamento”.

A regionalização da saúde foi aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde e constou do Plano Estadual de Saúde (1994), pelo Governo do Estado.

Segundo o autor, as próprias Prefeituras Municipais procuraram conjugar esforços, através do associativismo intermunicipal, alcançando propostas de elaboração de planejamento microrregional, como o que aconteceu com as Associações de Municípios e os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

No ano 2000, no Estado de Santa Catarina, encontravam-se em funcionamento 09 Consórcios Intermunicipais de Saúde, sediados nos municípios de Maravilha, Chapecó (dois), Herval D'Oeste, Jaraguá do Sul, Araranguá, Lages, Videira, São Miguel D'Oeste, a fim de atender as necessidades médicas de caráter ambulatorial e hospitalar, abrangendo um total de 216 municípios e beneficiando uma população de 1.439.014 habitantes.

Segundo ESPEZIM (2000), a formação desses Consórcios possibilita a manutenção de atendimento ao paciente nos municípios ou na Região, evitando seu deslocamento para outros centros, como também possibilita o aporte de recursos para viabilizar serviços de alto custo, que isoladamente aos municípios não seria possível.

Em Santa Catarina, as Associações de Municípios são entidades registradas com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com duração indeterminada e com estatuto próprio, aprovado em Assembléia Geral.

Observamos, portanto, um bom nível de descentralização no estado, uma vez que este se encontrava na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual desde 99; 22 municípios, em sua maior parte os de grande porte, encontravam-se na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal e todos os demais municípios encontravam-se na condição de Gestão Plena de Atenção Básica.

DISCUSSÃO

7.1 - Análise de Desfecho

O modelo teórico prévio (baseado no trabalho anterior de FREITAS, KUPEK e PERRARO) estudava em conjunto os recursos para a atenção básica e média e alta complexidade; naquele momento, não havia a distinção entre os gastos específicos de atenção básica. Não se trabalhou a variável IDH-M, pois este indicador não encontrava-se disponível para municípios no Brasil.

A aplicação das mesmas variáveis deste modelo teórico para os gastos em atenção básica apresentou correlação relativamente baixa ($R = 0,377$ e $R^2_{aj} = 0,13$); apenas a variável população foi significativa ao nível de 0,05. Constatou-se que este modelo não deveria ser utilizado para explicar a pergunta de pesquisa/hipótese.

Adotamos como ponto de corte uma correlação superior a 0,20; porque a força de correlação abaixo deste ponto é considerada baixa e apenas o tamanho da população é significativo estatisticamente.

A partir desta constatação, optou-se por construir modelos a partir dos dados empíricos, tendo por base uma matriz de correlação entre o recurso financeiro federal para a atenção básica do SUS nos municípios (como variável dependente) e as demais variáveis. Aquelas consideradas significativas em nível de 5% foram incluídas na análise inicial. A testagem passo-a-passo deste conjunto de variáveis permitiu a seleção daquelas que atingiram o maior potencial explicativo, definido pelos valores de R^2 ajustados, e formaram o MODELO I, como descrito a seguir.

TABELA 38: Análise de regressão linear múltipla de fatores associados à distribuição de recursos federais do SUS transferidos para a atenção básica dos municípios do Estado de Santa Catarina, 2001.

R = 0,782		F = 73,02	
R ² aj = 0,602		df = 6,279	
Nº. de observações: 286		p < 0,0001	
VARIÁVEL INDEPENDENTE		Beta	
Intercepto		14,25	
População		- 0,73	
IDH		0,225	
Consultas Médicas/ano		0,094	
NO. Consultórios médicos		0,464	
NO. Centros de Saúde		- 0,24	
Recurso federal total do SUS transferidos para o município		0,722	

Pôde-se constatar que o tamanho da população e o no. de centros de saúde foram inversamente proporcionais aos gastos com atenção básica. Ao mesmo tempo, observamos que as variáveis Gasto total do SUS, IDH-M, no. de consultórios médicos e de consultas médicas executadas, bem como os recursos totais foram diretamente associados com estes gastos. Para este modelo, apenas as variáveis gasto total, população e no. de centros de saúde apresentaram significância; as demais variáveis foram mantidas porque melhoraram o modelo, ainda que individualmente não tenham sido significantes.

O MODELO II foi estruturado a partir da exclusão dos municípios onde o total de recursos federais para o SUS (per capita) recebidos no ano, apresentou disparidade quando comparado à média dos recursos federais per capita destinados a atenção básica dos municípios como um todo ("outliers") o que poderia interferir nos resultados.

Os municípios de Ibirama e Florianópolis foram mantidos, pois as diferenças observadas foram consideradas desprezíveis em termos percentuais. Este procedimento foi adotado a partir da constatação da grande interferência do total de gastos recebidos sobre a variável dependente. Com isto, procurou-se evitar o problema acontecido no estudo de FREITAS, KUPEK e PERRARO (2001). Foram eles: Balneário Camboriú; Blumenau; Brusque; Chapecó; Concórdia; Criciúma; Imbituba; Itajaí; Jaraguá do Sul; Joinville; Lages; Laguna; Orleans; Quilombo; Rio do Sul; Rio Negrinho; Seara; Urussanga; Xanxerê.

MODELO II

VARIÁVEL DEPENDENTE: Recursos financeiros do nível federal transferidos para a atenção básica do SUS

TABELA 39: Análise de regressão linear múltipla de fatores associados à distribuição de recursos federais do SUS transferidos para a atenção básica dos municípios do Estado de Santa Catarina, 2001.

R = 0,888	F = 162,6
R ² aj = 0,785	df = 6,62
N0. de casos: 267	p < 0,0001
VARIÁVEL INDEPENDENTE	Beta
Intercepto	6,909
População	- 0,31
IDH	0,008
CMed/ano	0,053
No. Consultórios médicos	0,188
NCSaúde	0,093
Recurso Total do SUS	0,818

Variáveis significativas: população; No. consultórios médicos e recurso total do SUS.

A partir deste modelo aplicamos o procedimento *forward step wise* e chegamos ao modelo III.

MODELO III

VARIÁVEL DEPENDENTE: Recursos financeiros do nível federal transferidos para a atenção básica do SUS

TABELA 40: Análise de regressão linear múltipla de fatores associados à distribuição de recursos federais do SUS transferidos para a atenção básica dos municípios do Estado de Santa Catarina, 2001.

R = 0,888	F = 244,59
R ² aj = 0,785	df = 4,26
Nº. de casos: 267	p < 0,0001
VARIÁVEL INDEPENDENTE	Beta
Intercepto	6,76
População	- 0,33
No. Consultórios médicos	0,188
No. Centros de Saúde	0,151
Recursos Total do SUS	0,822

Este procedimento tornou todas as variáveis do modelo significativas, com relação direta à exceção da população.

Como constatado por FREITAS, KUPEK, PERRARO (2001), o tamanho da população provocam grande interferência na distribuição dos recursos financeiros para os municípios. Neste estudo, houve evidências do mesmo comportamento para os recursos de atenção básica, com relação inversa, ou seja, quanto maior a população menor o recurso per capita transferido.

A partir deste fato, optou-se por um novo modelo, com a exclusão dos municípios de grande porte e a inclusão da variável IDH-M, que foi denominado MODELO IV. Com a adoção do procedimento *forward step wise*, o poder explicativo aumentou como será visto na tabela a seguir.

VARIÁVEL DEPENDENTE: Recursos financeiros do nível federal transferidos para a atenção básica do SUS

TABELA 41: Análise de regressão linear múltipla de fatores associados à distribuição de recursos federais do SUS transferidos para a atenção básica dos municípios do Estado de Santa Catarina, 2001.

R = 0,899	F = 215,7826
R ² aj = 0,802	df = 5,260
Nº. de casos: 266	p < 0,0001
VARIÁVEL INDEPENDENTE	Beta
Intercepto	6,646
Recurso Total do SUS	0,824
IDH	0,195
No. Consultórios médicos	- 0,33
No. Centros de Saúde	0,164
População	0,076

Neste modelo, todas as variáveis foram significativas, exceto população.

Este modelo é adequado aos municípios de pequeno porte em Santa Catarina, mostrando que, para estes, grande parte dos repasses federais são explicados pelos gastos totais, confirmando o caráter igualitário dos gastos per capita. O IDH-M mostra uma relação direta, mas pouco importante com os repasses federais; o número de consultórios médicos tem uma relação negativa com os gastos em atenção básica, o que pode estar ligado ao maior volume de ganhos em média e alta complexidade.

O valor total do recurso financeiro para o SUS repassado do nível federal para o municipal, está em relação direta com o valor repassado para a atenção básica pelo nível federal.

A tabela mostra uma relação direta também com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), e uma relação inversa com o número de consultórios médicos nos municípios.

O número de centros de saúde nos municípios apresentou-se em relação direta com os recursos transferidos para a atenção básica.

O modelo IV apresentado na Tabela explica 80% da variância na distribuição dos recursos financeiros federais para a atenção básica dos municípios, deixando claro que há outros fatores não disponíveis nestes dados que também influenciam a distribuição dos recursos.

Os resultados encontrados sugerem que ainda persiste a lógica de repasse de recurso financeiro do nível federal para a atenção básica do SUS nos municípios de acordo com o perfil da estrutura prestadora de serviços existente e nível de desenvolvimento social, reproduzindo desigualdades.

A relação direta entre o IDH - M e os recursos disponibilizados para a atenção básica, reforça a idéia de que municípios mais desenvolvidos recebem mais recursos do nível federal para a atenção básica do SUS.

A relação direta entre os recursos destinados à atenção básica e o número de centros de saúde reforça a idéia que nos municípios aonde existe uma rede prestadora maior, maior é o aporte de recursos.

Tal fato poderia ser explicado pela maior possibilidade que municípios mais desenvolvidos tenham para buscar estratégias para aumentar o valor dos recursos federais repassados para a atenção básica, através dos projetos vinculados ao Piso de atenção básica Ampliado (PAB-Ampliado) e outros programas do Ministério da Saúde.

A relação direta observada entre os recursos totais do SUS e os recursos para a atenção básica explica-se pelo fato de excluirmos os municípios aonde existia uma diferença significativa dos valores destes dois segmentos (no processo de busca de um modelo estatístico satisfatório), o que representaria uma maior participação dos recursos voltados à média e alta complexidade.

O fato da variável população não ser significativa é explicada pela relativização dos recursos financeiros aqui estudados (todos per capita), embora permaneça no modelo estatístico porque melhorou seus resultados.

O gestor federal trata diferentemente municípios desiguais, alocando mais recursos para aqueles que têm maiores receitas, maior grau de desenvolvimento, ou maior rede prestadora de serviços; neste sentido o PAB-Variável poderia comportar-se de modo a reproduzir as desigualdades já observadas no repasse dos recursos para a atenção básica.

Estudos que avancem pesquisa da orientação da distribuição dos recursos financeiros do SUS para a atenção básica poderiam analisar distintamente estes dois componentes (PAB - fixo e PAB - variável) buscando esclarecer o comportamento de ambos frente às demais variáveis.

CONCLUSÕES

1. O repasse de recursos federais do SUS para a atenção básica em 2001 nos municípios do Estado de Santa Catarina não se deu de forma eqüitativa; em sua maior parte o repasse segue o princípio igualitário em sua distribuição, definido pelo tamanho da população, não sofrendo influência das condições de saúde da população.
2. Em menor proporção, a distribuição de recursos federais do SUS para a atenção básica em 2001 nos municípios do Estado de Santa Catarina privilegia municípios com maior receita, expressado pelo total de recursos disponibilizados pelo SUS; com maior grau de desenvolvimento, expressado pelo IDH-M e maior rede prestadora de serviços, expressada pela relação entre os recursos destinados à atenção básica e o número de centros de saúde.
3. O componente ampliado do PAB não promoveu eqüidade – entendida como estratégia para redução de desigualdades através de tratamento desigual das diferentes realidades, favorecendo intencionalmente os piores – no Estado de SC, no período estudado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os recursos do SUS têm sido cada vez melhor controlados, no entanto esta maior transparência dos gastos em saúde não têm garantido que a distribuição dos recursos se dê de maneira equânime.

O princípio igualitário que orienta a distribuição do PAB fixo não poderia proporcionar a necessária equidade na alocação destes recursos, dada a desigualdade existente entre os municípios do Estado.

O PAB variável, no entanto, poderia estabelecer as bases de uma política distributiva; entretanto, parece comportar-se de modo a acentuar as desigualdades presentes, regressivamente.

No que se refere ao repasse federal para a atenção básica nos municípios do Estado de Santa Catarina, o PAB orienta-se, principalmente, pelo tamanho da rede prestadora de serviços bem como pela capacidade dos gestores em buscar recursos através do PAB – variável.

O gestor estadual, menos presente hoje no financiamento do SUS, no cumprimento da EC-29 é o que mais deverá aportar novos recursos financeiros ao sistema.

Os gestores municipais, segundo HEIMANN (2002), deverão atingir os limites de gasto na saúde previstos pela EC-29. Entretanto, mesmo com o cumprimento da emenda, tal aporte de recursos do SUS poderá manter as desigualdades existentes entre os municípios.

Desse modo, a possibilidade de reversão destas desigualdades intermunicipais depende dos montantes e critérios de alocação dos gestores estaduais e federais.

Embora o alcance da “igualdade” na saúde requer que as iniquidades sistemáticas nos determinantes da saúde (incluindo, entre outros, o acesso e a prestação de serviços de saúde adequados) sejam reduzidas, os gestores do SUS devem buscar possibilidades de avançar na mudança da lógica da alocação hoje definida por critério populacional e de produção de serviços.

A busca da equidade nos valores repassados aos municípios depende, também, de uma mudança na atitude dos gestores do SUS; ao invés de disputar um maior aporte de recursos para seus municípios, para uma atitude comprometida com a saúde de toda a população e sobretudo, solidária.

Esta nova lógica proposta ao ser utilizada no processo de Programação Pactuada e Integrada, reorientaria a alocação de recursos para as ações e serviços de saúde de forma mais equânime incidindo sobre as condições de vida e saúde da população.

Desse modo, através de estratégias diferenciadas para condições desiguais que permitiriam o exercício da equidade, entendida como princípio de justiça social que possibilita a busca da universalidade e a integralidade da atenção à saúde da população e o maior equilíbrio nos níveis de saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 001/93, 1993.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 001/96, 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília, novembro de 1998.
- CASTELLANOS, PL. "Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições gerais de vida. Considerações conceituais". In: Barata, R.B. (org.). Condições de vida e situação de saúde. ABRASCO, 1997, p. 31 a 75.
- CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, <http://www.alesc.sc.gov.br> [site da Internet] ; acessado em 23 de maio de 2002.
- COUTTOLENC, BF. "Exclusão Social em saúde no Brasil"; in VI Encontro Nacional de Economia de Saúde – ABRES. Rio de Janeiro, dezembro de 2002.
- DALLARI, S.G. "Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde". Ed. Hucitec, São Paulo, 1995.
- FELIPE, ST. "Justiça como Equidade". Ed. Insular, Florianópolis, 1998.
- FREITAS, KUPEK, PERRARO. Distribuição de recursos de saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil: um subsídio para discussões sobre financiamento em saúde. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 10(2), 2001.
- GIANINI, R. "Equidade e Descentralização: Como oferecer de forma justa as ações e serviços de saúde?". Relatório final 4^o Conferência Municipal de Saúde. Sorocaba, 2002.
- HEIMANN, LS et al. "O financiamento do sistema de Saúde no Brasil e a busca da equidade"; in VI Encontro Nacional de Economia de Saúde – ABRES. Rio de Janeiro, dezembro de 2002.
- <http://www.datasus.gov.br> [site da Internet] acessado em 16 de julho de 2002.
- <http://www.sc.gov.br> [site da Internet] acessado em 16 de julho de 2002.
- KAWACHI, I. Social Epidemiology. Oxford University Press. Londres, 2000.

LAURENTI, R. "Estatísticas de Saúde"; Ed. Pedagógica e Universitária. São Paulo, 1987.

MARQUES, R.M. e MENDES, A. "A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da saúde (SUS)"; in VI Encontro Nacional de Economia de Saúde – ABRES. Rio de Janeiro, dezembro de 2002.

MEDEIROS, M. "Princípios de Justiça na alocação de recursos em saúde". Texto para discussão no. 687, Rio de Janeiro, dezembro de 1999.

MÉDICI, AC. "Economia e financiamento do setor saúde no Brasil". Faculdade de Saúde Pública/USP. São Paulo, 1994.

MÉDICI, AC. "Los gastos en salud en las familias de Brasil algunas evidencias de su carácter regresivo" ; serie de informes técnicos del Departamento de Desarrollo Sostenible – Banco Interamericano de Desarrollo; in VI Encontro Nacional de Economia de Saúde – ABRES. Rio de Janeiro, dezembro de 2002.

MELAMED, C. e Costa, NR. "Inovações no financiamento federal à atenção básica"; in VI Encontro Nacional de Economia de Saúde – ABRES. Rio de Janeiro, dezembro de 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001, 2001.

MOLINA et al. Gasto y financiamiento em salud: situación e tendencias. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.

MOREIRA, TF. "Reorganização da Assistência". Relatório final 4^o Conferência Municipal de Saúde. Sorocaba, 2002.

OLIVEIRA JÚNIOR, M. "O financiamento da área social e do Sistema Único de Saúde no Brasil". In: Temas em Debate. Conferência Nacional de Saúde On-Line. DATASUS, acessado em 05/04/2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. El progreso em la salud de la población. Washington, D.C.: OPS; 2000. Documento Oficial no. 298.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Washington, D.C.: OMS; 2000.

PAGANINI, JM. La cobertura de la atención de salud em America Latina y el Caribe. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 4(5), 1998.

PAIM, J.S. "A reforma sanitária e os modelos assistenciais". in: Rouquayrol, MZ. Epidemiologia & Saúde. MEDSI, Rio de Janeiro, 1999. p.473 a 487.

PASTRANA, RM e CUNHA, F. "O sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde – SIOPS: instrumentos de gestão e controle social"; in VI Encontro Nacional de Economia de Saúde – ABRES. Rio de Janeiro, dezembro de 2002.

RODRIGUEZ, M. "Equidad en la provisión de los servicios de salud em europa"; in VI Encontro Nacional de Economia de Saúde – ABRES. Rio de Janeiro, dezembro de 2002.

ROSENBERG H. Repensa laprotección social em salud em América Latina e Caribe. Ver. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.

SEN, AK. "Why health equity?". Health economics 2002; 11:659-666.

SILVA, AL. "Análise da classificação dos gastos públicos e alocação de recursos em saúde no Estado de São Paulo"; in VI Encontro Nacional de Economia de Saúde – ABRES. Rio de Janeiro, dezembro de 2002.

SILVA, MGC. "Economia da Saúde" in: Rouquayrol, MZ. Epidemiologia & Saúde. MEDSI, Rio de Janeiro, 1999. p.457 a 471.

SILVA, SF. "NOAS – Regionalização e Financiamento". Relatório final 4º Conferência Municipal de Saúde. Sorocaba, 2002.

SOUZA, FP. "A saúde no contexto da evolução do financiamento da proteção social: união européia e américa latina"; in VI Encontro Nacional de Economia de Saúde – ABRES. Rio de Janeiro, dezembro de 2002.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. Cadernos de Saúde Pública, v13 n2,1997.

UNITED NATION DEVELOPMENT PROGRAMME. Human Development report 2000. www. undp.org, acessado em 15 /06/02.

VIANNA, S. "Medindo as desigualdades em saúde no Brasil uma proposta de monitoramento"; in VI Encontro Nacional de Economia de Saúde – ABRES. Rio de Janeiro, dezembro de 2002.

VICTORA C, BARROS F, HUTLEY S, TEIXEIRA AM, VAUGHAN JP. Early Childhood mortality in a Brazilian cohort: The roles os birthweight and socioeconomic status. Int J Epidemiol 1992, 21:423-432.

ANEXO: MATRIZ DE CORRELAÇÃO

	pop	IDH-M	MI	swaroop	CMG	crônicas	infecç	externas	evitáveis	maldef	consulta	consultor	Leitos	centr	SUStotal	SUSbasi	EC29	prop
pop	1																	
IDH-M	0,388732	1																
MI	-0,17262	-0,25291	1															
swaroop	-0,13607	0,176438	0,096745	1														
CMG	-0,07081	0,061521	0,01599	0,018205	1													
crônicas	-0,05038	0,21797	-0,09601	0,221585	0,078789	1												
infecç	0,015922	-0,0491	0,105294	-0,03881	-0,05284	-0,04727	1											
externas	0,025046	-0,11598	-0,0868	-0,19099	-0,07685	-0,43067	-0,07628	1										
evitáveis	0,045172	0,153985	-0,01995	0,230973	-0,0134	0,167621	-0,11271	-0,17784	1									
maldefi	-0,12494	-0,2903	0,012759	-0,00582	-0,08085	-0,07511	-0,00458	0,182677	-0,60837	1								
consultas	0,016964	-0,01891	-0,03637	-0,07165	0,015081	-0,04472	-0,0384	0,01411	-0,03515	0,022109	1							
consultor	0,894185	0,352041	-0,12388	-0,09278	-0,05229	-0,02035	0,010012	0,011229	0,08929	-0,12427	-0,00182	1						
leitos	0,763406	0,410896	-15776	-0,13637	-0,02842	-0,03956	0,006128	0,034581	0,079033	-0,15957	-0,01919	0,75695	1					
centros	0,782149	0,422819	-0,20298	-0,09804	-0,05725	-0,04906	0,027171	0,005326	0,056177	-0,14133	0,052774	0,749481	0,714081	1				
SUStotal	0,305189	0,003307	0,025483	-0,02735	-0,08552	0,07031	-0,01728	-0,07097	0,062489	-0,03658	0,040211	0,205187	0,194043	0,235587	1			
SUSbasi	-0,23683	-0,27961	0,144936	0,041359	-0,04688	0,107249	-0,04418	-0,08747	0,012738	0,076726	0,043067	-0,17605	-0,17734	-0,23289	0,581536	1		
EC29	0,955019	0,414729	-0,17348	-0,11137	-0,00404	-0,06684	0,015783	0,028808	0,055968	-0,13586	-0,02567	0,914498	0,725938	0,758349	0,274804	-0,22695	1	
proprios	0,0303	-0,06344	-0,04879	-0,0234	0,021773	-0,0387	0,006216	0,055215	-0,00454	-0,02171	0,060256	0,00243	-0,06219	0,061959	0,095994	-0,01374	0,038492	